Gouvernement du Québec
Conseil du statut de la femme

Mai 1989

Les nouvelles technologies de la reproduction

Avis synthèse du Conseil du statut de la femme

Préambule

Depuis trois ans déjà, le Conseil s'est engagé dans une réflexion sur les enjeux importants que représentent les nouvelles technologies de la reproduction pour les femmes : mise sur pied d'un comité d'expertes sur la question, publication de recherches, d'articles et de productions audiovisuelles[1]. De plus, le Conseil a déposé au Gouvernement du Québec des **avis concernant notamment, le droit de connaître leurs origines pour les enfants conçus artificiellement, l'interdiction des contrats de grossesse et les limites devant être imposées au diagnostic prénatal**. Le *Forum sur les nouvelles technologies de la reproduction* est venu couronner les efforts soutenus du Conseil en suscitant une réflexion internationale ainsi qu'un plus large débat public sur le sujet. Depuis lors, l'intérêt manifesté à cet effet par les groupes de femmes et par les groupes préoccupés par leur santé a contribué à alimenter la discussion. Au printemps 1988, un comité spécial du Barreau du Québec a présenté un rapport d'études sur les principales questions reliées à la procréatique. Enfin, un comité interministériel de travail a été formé pour conseiller la ministre de la Santé et des Services sociaux sur les orientations à prendre en regard du développement fulgurant des nouvelles technologies de la reproduction humaine. Ce comité a remis son rapport en juin 1988. La ministre a, depuis, rendu publiques les positions de son ministère.

La présidente du Conseil du statut de la femme a participé activement aux travaux de ce comité en mettant d'avant les positions développées au sein du Conseil. En avril 1988, elle avait déjà fait part de dissidences importantes en regard de certaines de ses recommandations. **La présidente souhaitait "qu'on n'entende pas seulement les experts, mais aussi la voix des femmes sur ces questions fondamentales qui interpellent l'espèce comme elle ne l'a jamais été à propos de sa façon de se reproduire"**[2].

En 1989, le Conseil entre dans une seconde étape où il souhaite maximiser les retombées provoquées par les efforts investis depuis trois ans pour mieux approfondir cette question. Le plan d'action qu'il trace pour les prochaines années vise à consolider et à faire connaître l'ensemble de ses positions en ce qui concerne la procréatique et le diagnostic prénatal.

À l'heure où le Gouvernement du Québec est amené à se prononcer sur ces importantes questions médicales, sociales et éthiques, à l'heure où il est appelé à définir des orientations et à poser des limites acceptables en regard de ces pratiques nouvelles qui engagent l'avenir de l'espèce humaine, le Conseil du statut de la femme croit nécessaire de se prononcer de façon claire et nette.

Le Québec, rappelons-le, n'est pas le seul à emprunter cette voie. À l'heure actuelle, dans la plupart des pays occidentaux, le questionnement s'accentue en effet et l'engouement face aux progrès vertigineux de ces technologies fait place à l'inquiétude. On sent de plus en plus l'urgence de mieux contrôler et de baliser la pratique, de même que les recherches liées à la procréatique et à la gestion qualitative des naissances. Nul ne peut désormais ignorer l'impact social, éthique et juridique de ces nouvelles pratiques.

Fort inquiet des orientations de la recherche dans le domaine de la procréation artificielle, l'éminent biologiste Jacques Testart — père du premier bébé éprouvette en France — a refusé de pousser plus loin ses recherches sur certains aspects des manipulations génétiques. En plus d'avoir une résonance internationale, ce geste a profondément dérangé la communauté scientifique.

---

1. Nous donnons en annexe au présent document la liste complète des recherches et des publications écrites et audiovisuelles produites par le CSF et accessibles sur demande.

2. Texte inédit tiré du plan d'action triennal 1985-1988 du CSF.

90-00958/

Document adopté par le Conseil du statut de la femme à sa réunion des 11 et 12 mai 1989.

Collaboration à la réalisation de l'avis du Conseil

Les membres du Comité sur les nouvelles technologies de la reproduction :

Marie Lavigne, présidente du Conseil
Ghislaine Cloutier-Gaumond, vice-présidente du Conseil
Céline St-Pierre, membre du Conseil
Édith Deleury, juriste, professeure à l'Université Laval
Diane Girard, avocate, étude Sirois, Lapointe
Marie Gratton-Boucher, théologienne, Université de Sherbrooke
Micheline Boivin, directrice de la Recherche
Susanne Fontaine, agente de recherche
Louise Jacob, directrice des Communications
Julie Stanton, agente de communication
Johann Émond, directrice de Consult-Action
Jocelyne Olivier, secrétaire du Conseil

Recherche et rédaction : Susanne Fontaine

Révision linguistique : Julie Stanton

Dépôt légal : 2e trimestre 1989
ISBN : 2-550-19834-4
Bibliothèque nationale du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Préambule 1

INTRODUCTION :
Les orientations du Conseil 5

Notes 7

CHAPITRE 1 :
L'infertilité 8

1.1 La réalité vécue par les femmes 8
1.1.1 Distinguons d'abord stérilité et infertilité 8
1.1.2 Quels sont les principaux facteurs d'infertilité et de stérilité? 8
1.1.3 L'infertilité volontaire : un phénomène important ... 8
1.1.4 La croissance des maladies transmissibles sexuellement chez les jeunes 9

1.2 Les préoccupations et les orientations du Conseil 9
1.2.1 Une meilleure réponse aux besoins des femmes infertiles 9
1.2.2 Prévenir et guérir la stérilité : une priorité 10

Conclusion 10

Notes 11

CHAPITRE 2 :
L'insémination artificielle 12

2.1 La réalité vécue par les femmes 12
2.1.1 Insémination homologue ou hétérologue 12
2.1.2 Recrutement et sélection des donneurs 12
2.1.3 À qui s'adresse l'insémination artificielle? 12
2.1.4 La pratique de l'insémination artificielle 12

2.2 Les préoccupations et les orientations du Conseil 12
2.2.1 Le droit de connaître ses origines et l'anonymat des donneurs 13
2.2.2 La prévention du sida : une nécessité 13

Conclusion 13

Notes 14

CHAPITRE 3 :
La fécondation in vitro 15

3.1 La réalité vécue par les femmes 15
3.1.1 La FIV : une technologie lourde 15
3.1.2 Des variantes de la fécondation in vitro 15
3.1.3 À qui s'adressent ces techniques? 15
3.1.4 Une faible efficacité 15

3.2 Les préoccupations et les orientations du Conseil 16
3.2.1 Technique éprouvante pour les femmes 16
3.2.2 De faibles taux de succès et une clientèle élargie 16
3.2.3 Une menace pour l'ensemble des femmes : la désappropriation de la maternité 16
3.2.4 D'autres problèmes importants 17

Conclusion 17

Notes 18

CHAPITRE 4 :
Les grossesses sous contrat 19

4.1 La réalité vécue par les femmes 19
4.1.1 Mère porteuse, mère de substitution ou contrat de grossesse 19
4.1.2 Un contrat ou une location de services? Les divers arrangements possibles 19
4.1.3 Le contexte légal 20

4.2 Les préoccupations et les orientations du Conseil 20
4.2.1 Le contexte juridique nord-américain 20
4.2.2 Implications affectives et humaines 20
4.2.3 Commercialisation de l'être humain 20
4.2.4 Aliénation des droits des femmes pendant la grossesse 20
4.2.5 Effets possibles sur la notion de maternité et sur la conception de reproduction de la vie 20

Conclusion 20

Notes 21

CHAPITRE 5 :
Le diagnostic prénatal 22

5.1 La réalité vécue par les femmes 22
5.1.1 Le diagnostic prénatal : une pratique de plus en plus courante et précoce 22

5.2 Les préoccupations et les orientations du Conseil 22

Conclusion 23

Notes 23

CHAPITRE 6 :
L'orientation de la recherche et des services et l'encadrement des pratiques 24

6.1 Des priorités dans le domaine de la recherche 24
6.1.1 Les recherches sur l'embryon 24
6.1.2 Des champs prioritaires pour la recherche 24

6.2 Des priorités dans le domaine des services 24
6.2.1 Prévenir et guérir l'infertilité : une priorité 24
6.2.2 Des priorités en matière de financement 25

6.3 Un encadrement nécessaire 25
6.3.1 Un encadrement des pratiques 25
6.3.2 Création d'un organisme consultatif 25
6.3.3 Pertinence d'une loi-cadre 26

Notes 26

Conclusion et recommandations 27

Les publications du Conseil du statut de la femme sur les nouvelles techologique de la reproduction humaine 1985-1988 30

INTRODUCTION : Les orientations du Conseil

1. Infléchir le développement de la science

Comme l'affirmait Francine C. McKenzie, alors présidente du Conseil du statut de la femme, "désormais l'humain peut agir sur sa propre origine, délibérément brouiller son identité et se modifier en tant qu'humain. Pour la sagesse, il est minuit moins cinq..."[1] Selon elle, également : "... il n'est pas trop tard pour donner la parole aux protagonistes de ce grand jeu, les femmes dont on a choisi le corps comme laboratoire et dont le corps pourrait, à la limite, devenir aléatoire dans la reproduction humaine"[2].

La parole des femmes rejoint ici celle de certains scientifiques qui commencent eux-mêmes à s'interroger de plus en plus en regard du déterminisme scientifique et du pouvoir inquiétant dont ils disposent. Citons à ce sujet le scientifique Joël de Rosnay :

> "... pour la première fois l'évolution biologique n'est plus seulement déterminée par le jeu des mutations et de la sélection naturelle. Elle peut l'être par l'homme. **Capable de fabriquer de nouvelles espèces animales et végétales, il devient ainsi "ingénieur de l'homme" véritable "magicien des gènes" qu'il peut programmer à volonté. Un tel pouvoir acquis en un temps aussi bref pose des problèmes éthiques : la reproduction "in vitro" ou le traitement des maladies génétiques...** Il est aussi à l'origine d'un essor industriel sans précédent fondé sur une science jeune, aux retombées encore mal connues et qui a favorisé le développement des biotechniques."[3]

Dans son ouvrage de vulgarisation scientifique où il répond aux questions essentielles, d'où vient la vie? qu'est-ce que la vie? où va la vie?, Rosnay précise :

> "Par le jeu de la sélection naturelle, les êtres vivants se perfectionnent, s'adaptent et se complexifient en un prodigieux foisonnement et une infinie richesse de formes et de fonctions. Les espèces luttent pour vivre. Certaines s'éteignent à jamais; d'autres naissent. Parmi les plus récentes, il s'en trouvera une dont les représentants, munis d'un cerveau suffisamment complexe et volumineux, auront la curiosité de se pencher sur le mystère de leurs origines... **Cette espèce, c'est l'homme. Un être vivant doté de curiosité, mais aussi un conquérant et un prédateur. Son comportement risque de mettre en danger non seulement sa propre espèce mais sa planète. Car il a désormais la responsabilité de conduire l'évolution biologique, ayant mis le doigt sur les ressorts mêmes de cette évolution. De lui dépend en grande partie l'avenir de la vie."**[4]

Les femmes se disent inquiètes face à l'"avenir de la vie" et, en tant que premières concernées, elles se sentent aussi préoccupées par le sort que la science réserve à leur fonction biologique qui est justement de "donner la vie". Elles sont donc en droit de s'interroger devant les bouleversements actuels engendrés par les nouvelles technologies de la reproduction.

2. Les grands défis pour les femmes et la société

Très brièvement et sans vouloir être exhaustif, il est important d'évoquer dès maintenant quelques-uns des principaux défis auxquels les femmes et la société sont confrontées en regard des nouvelles technologies de la reproduction humaine et du diagnostic prénatal. Nous y reviendrons de façon plus précise à chacun des thèmes qui seront traités dans ce document.

Pour les femmes

- ***Le morcellement de la maternité***

La maternité des femmes devient une fonction éclatée, parcellisée : fécondation, gestation et enfantement sont désormais des opérations qui peuvent être dissociées et assumées de façon indépendante. Mentionnons notamment la dissociation de la reproduction et de l'acte sexuel, la fécondation et la création de l'embryon par la rencontre des gamètes hors du corps de la femme (fécondation in vitro). Le recours aux contrats de grossesse consacre cette dissociation; ainsi, la mère génétique, la mère utérine (porteuse) et la mère sociale peuvent être trois femmes différentes à la limite. Les textes des auteures féministes analysés au Conseil du statut de la femme font ressortir comment le modèle industriel appliqué à la reproduction risque d'amener l'aliénation du corps des femmes : "[...] la place des femmes dans ce modèle se réduira progressivement à celle d'une machine reproductrice à laquelle on assignera telle ou telle place dans la "ligne d'assemblage", certaines femmes étant choisies pour la qualité de leurs ovules, d'autres comme porteuses, mais qui ne pourraient se reproduire elles-mêmes"[5].

- ***La commercialisation de la maternité***

L'industrialisation et le "marketing" de la maternité deviennent des réalités. Il est désormais possible de produire l'enfant sur demande, de le porter et de le livrer contre rémunération. Ainsi, la production d'enfants risque de devenir objet de commerce et de faire partie de l'économie marchande, les personnes concernées (donneurs de sperme, donneuses d'ovules, mères porteuses) et les intermédiaires (agences de mères porteuses, banques de sperme, avocats, médecins...) pouvant en tirer un profit important.

- ***L'accentuation du pouvoir médical***

Les techniques de reproduction assistée assujettissent la maternité des femmes au contrôle médical. La gestion rationalisée de la reproduction humaine consacre, en effet, l'emprise du pouvoir médical, plus particulièrement par les techniques de reproduction artificielle, par le diagnostic prénatal et par les thérapies foetales.

- ***La femme cobaye***

Plus docile qu'un animal de laboratoire, la femme soumise aux nouvelles technologies de la reproduction devient à toutes fins pratiques objet d'expérimentation scientifique sur lequel on éprouvera des drogues nouvelles qui parfois n'auront même pas été l'objet d'expérimentation chez les animaux; c'est le cas de la Buzériline en France[6]. A fortiori, le blocage du cycle d'ovulation et la stimulation hormonale représentent une violence faite au corps des femmes et une menace à leur intégrité physique.

- ***L'exacerbation du désir d'enfant***

Le désir d'enfant risque de se transformer en un "droit à l'enfant". Par la magie de la technique, on fait miroiter aux yeux de la femme dite infertile un rêve autrefois inimaginable et qui, ne pouvant être réalisé dans la majorité des cas, ne réussira qu'à engendrer un besoin voué à demeurer inassouvi. Les nouvelles technologies de la reproduction peuvent également susciter le désir de l'enfant sur mesure et celui de l'enfant parfait.

- ***Pour vaincre la stérilité : un détournement de moyens***

Au lieu de prévenir la stérilité croissante des femmes (liée à l'augmentation des maladies transmissibles sexuellement, à la stérilisation précoce, à l'utilisation de méthodes de contraception dures...), au lieu de la guérir, on la contourne par l'utilisation des techniques de procréation assistée. Ainsi, l'insémination artificielle, la fécondation in vitro n'ont pas comme objectif de restaurer les facultés reproductives du couple, mais de produire, de fournir l'enfant désiré. C'est ainsi qu'on fait face à ce qu'on peut appeler la spirale de la médecine du désir : recours à la stérilisation (ligature des trompes) et appel ultérieur à la fécondation in vitro pour répondre au désir d'enfant.

Pour la société

- ***L'éclatement de la filiation***

Le don de sperme par l'insémination artificielle avec donneur fait éclater l'identité de la paternité biologique et de la paternité sociale. En outre, l'insémination artificielle, au moyen de sperme de plusieurs donneurs, brouille irrémédiablement les origines de l'enfant et rend toute recherche de paternité biologique impossible. Enfin, l'anonymat des donneurs de sperme comporte de graves conséquences en privant l'enfant du droit de connaître ses origines biologiques; il empêche également l'identification des maladies héréditaires susceptibles d'être transmises par le sperme, le donneur ne pouvant être clairement identifié.

- ***La transgression du temps***

Les méthodes de congélation du sperme, de congélation des embryons, et bientôt de congélation des ovules, font disparaître la notion de temporalité et permettent d'envisager l'insémination post-mortem, la naissance différée de jumeaux et autres phénomènes similaires.

- ***La disposition des embryons***

La création de plusieurs embryons rendue possible par la stimulation hormonale et la congélation des embryons pose la question des embryons surnuméraires. S'ils ne sont pas réimplantés dans le corps de la mère, ceux-ci doivent-ils être détruits? Sinon, risquent-ils d'être commercialisés, échangés ou utilisés pour des fins de recherche et d'expérimentation?

- ***L'eugénisme***

Le diagnostic prénatal, l'avortement sélectif, les manipulations et la sélection des gamètes (banque de sperme de prix Nobel) augmentent les possibilités de sexage, de sélection du sexe et des caractéristiques génétiques. L'expérimentation sur l'embryon permettra également de pousser les recherches génétiques en multipliant les possibilités de choix eugénique.

Tels sont en résumé les multiples défis que les nouvelles technologies de reproduction artificielle et de diagnostic prénatal posent déjà aux femmes et à la société. Alors qu'on arrive à peine à mesurer l'impact social, éthique et juridique de ces nouvelles pratiques et que nous ne sommes pas encore parvenus à effectuer les ajustements requis et à poser les limites nécessaires, la science continue de poursuivre à un rythme effréné de nouvelles expériences et de nouveaux développements. Nous n'avons fait qu'énumérer les défis posés par les techniques déjà existantes et largement utilisées. D'autres défis se présenteront aux femmes et à la société, dans un avenir prochain, lorsque seront rendus possibles le clonage (fabrication d'individus identiques), l'ectogenèse (création de l'utérus artificiel permettant le développement de l'embryon hors du corps de la femme), la création de chimères (création d'hybrides issus d'espèces différentes) et que se perfectionneront les manipulations génétiques et les thérapies foetales. Les recherches menées actuellement en biologie animale permettent déjà d'entrevoir ces possibilités. Les transposer à la biologie humaine ne sera plus qu'un jeu d'enfant.

3. Regard féministe et perspective humaniste

L'examen par le Conseil des nouvelles technologies de la reproduction humaine l'amène à poser un regard critique sur ces techniques en regard des problèmes qu'elles engendrent chez les femmes. À ses yeux, l'aliénation de leur fonction reproductive et la menace de leur intégrité physique constituent, en effet, des problèmes majeurs. Le Conseil s'interroge également sur ces développements technologiques dans une perspective éthique et humaniste : les enjeux liés à la filiation, au sexage, à la transgression du temps, à l'eugénisme et à la manipulation des embryons l'interpellent au premier chef.

Le Conseil considère les principaux enjeux pour l'ensemble des femmes sous l'angle de leur **autonomie reproductive** : liberté de choisir dans toutes les facettes de leur vie reproductive et mise en place des conditions sociales permettant aux femmes d'exercer leur liberté individuelle, information adéquate, acceptation du choix, meilleur soutien aux parents d'enfants handicapés et soins convenables en périnatalité.

Concernant l' **intégrité physique des femmes** et leur santé, les principaux enjeux sont les suivants : favoriser des moyens de contraception plus efficaces et moins nocifs, prévenir les problèmes d'infertilité et, au besoin, restituer aux femmes leurs capacités reproductives plutôt que de pallier l'infertilité par les nouvelles technologies de la reproduction.

Le Conseil favorise donc l'appropriation de la maternité par les femmes et croit important d'insister sur le traitement de l'infertilité tout en privilégiant la maternité biologique. Pour le Conseil, l'appropriation de la maternité comporte également une signification culturelle et politique : les femmes sont en droit de prendre la parole et d'influencer l'orientation tant de la pratique que de la recherche liée aux nouvelles technologies de la reproduction.

4. Tendances féministes et orientations du Conseil

Il est essentiel de rappeler les deux grandes tendances qui ont marqué le mouvement des femmes en regard de la fonction reproductrice et de la maternité[7].

Le premier courant de pensée lie la fonction de reproduction à l'aliénation et à l'oppression des femmes; il favorise les moyens susceptibles de les libérer des contraintes et du fardeau imposés par cette fonction biologique. Plus ancienne dans l'histoire du féminisme, cette tendance est peu présente dans les débats actuels.

Le second courant considère la maternité "comme un point névralgique sur lequel les femmes doivent maintenir et revendiquer un contrôle légitime et comme un élément de leur identité. [...] Ceci trace la voie à une émancipation des femmes allant non pas dans le sens d'une égalité sur la base du modèle masculin, mais plutôt dans le sens d'une transformation profonde de la société, d'une *réappropriation de la maternité comme source de valeur et de pouvoir pour les femmes*"[8]. Tout en prônant l'humanisation des naissances, le Conseil s'inscrit dans la foulée de cette deuxième tendance.

5. Le Conseil précise ses positions

Dans cette perspective, le Conseil du statut de la femme désire faire connaître ses positions en regard des pratiques actuellement en vigueur au Québec dans le domaine des nouvelles technologies de la reproduction et du diagnostic prénatal. Il traitera successivement les grands thèmes suivants :

- l'infertilité,
- l'insémination artificielle et le droit aux origines,
- la fécondation in vitro,
- les contrats de grossesse,
- le diagnostic prénatal,
- le financement et l'encadrement des pratiques et de la recherche.

Pour chacun de ces thèmes, nous dresserons un bref exposé de l'état de la situation pour préciser ensuite quelles sont les préoccupations et les positions défendues par le Conseil. La conclusion reprendra les principales recommandations du CSF.

Les données contenues dans cet avis sont tirées principalement de diverses recherches et publications réalisées par le Conseil du statut de la femme. Certaines informations proviennent également du Rapport du Comité de travail sur les nouvelles technologies de la reproduction produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux[9].

Nous remercions les personnes engagées dans le domaine de la recherche et de la pratique qui ont été consultées dans le cadre de cet avis. Elles nous ont particulièrement apporté un éclairage sur les nouveaux développements concernant le diagnostic prénatal et la fécondation in vitro. Le contenu de cet avis n'engage cependant pas leur opinion.

NOTES

1. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, F. C. McKenzie, "La maternité en miettes", dans *Enjeux : quand la technologie transforme la maternité*, Les Publications du Québec, 1987, 38 p., p. 4.
2. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, F. C. McKenzie, *Sortir la maternité du laboratoire*, Actes du Forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction, Québec, 1988, 423 p., p. 17.
3. Joël DE ROSNAY. "L'aventure du vivant", Éditions du Seuil, Paris, 1988, 207 p., p. 159.
4. Ibid., p. 159.
5. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, Lise Dunnigan et Louise Barnard, *Nouvelles technologies de la reproduction : analyses et questionnements féministes*, mars 1986, 161 p., p. 35.
6. Cette question a été exposée par le biologiste Jacques Testart au Forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction en octobre 1987.
7. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, Lise Dunnigan et Louise Barnard, *Nouvelles technologies de la reproduction : analyses et questionnements féministes*, mars 1986, 161 p.
8. Ibid., p. 5.
9. *Rapport du Comité de travail sur les nouvelles technologies de la reproduction*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1988, 120 pages.

CHAPITRE 1 : **L'infertilité**

Vouloir vaincre la stérilité ou l'infertilité des couples ne représente pas un défi nouveau. Des tentatives isolées ont même été identifiées au cours des deux siècles passés. Depuis la Dernière Guerre mondiale, les efforts entrepris à cet effet se sont cependant développés sur une plus grande échelle, alors que l'on fait couramment allusion aujourd'hui aux nouvelles technologies de la reproduction comme moyen curatif capable de traiter les couples infertiles. La stérilité, l'infertilité, l'infertilité idiopathique, l'hypofertilité, qu'en est-il au juste de tous ces termes mystérieux qui désignent une réalité encore mal connue? Derrière la définition de ces termes, nous évoquerons la réalité vécue par les femmes au Québec, les causes de l'infertilité et les réponses au "désir d'enfant". Nous préciserons par la suite quelles sont les principales préoccupations et les orientations prises par le Conseil en cette matière.

1.1 La réalité vécue par les femmes

1.1.1 Distinguons d'abord stérilité et infertilité

La **stérilité** est définie comme " **l'incapacité pour un être vivant de procréer ou de se reproduire**"[1].

La notion d' **infertilité** , pour sa part, réfère à " **une inhabilité à concevoir ou avoir une grossesse après des relations sexuelles normales sans méthode contraceptive après un an de bonne exposition**" [1].

Ainsi qu'il apparaît, la stérilité désigne une **incapacité individuelle** médicalement démontrée, de la part de l'homme ou de la femme. Quant à l'infertilité, elle concerne le couple et s'avère être une notion beaucoup plus large et variable puisqu'elle implique la notion de temps. Ainsi, la période d'observation est généralement d'un an en Amérique du Nord et dans les cliniques québécoises. L'Organisation mondiale de la santé préconise, quant à elle, un délai de deux ans, ce qui aurait pour effet de réduire considérablement le nombre de couples infertiles.

1.1.2 Quels sont les principaux facteurs d'infertilité et de stérilité?

Selon les diverses sources analysées, l'étude effectuée par le Conseil[2] précise les données suivantes : à **l'intérieur d'un couple**,

- **33% à 40%** des facteurs d'infertilité sont attribuables à **l'homme**;
- **45% à 60%** des facteurs d'infertilité sont attribuables à **la femme**;
- **15% à 20%** des facteurs d'infertilité sont attribuables aux **deux partenaires à la fois**.

Les facteurs d'infertilité et de stérilité masculine et féminine sont de divers ordres.

Chez l'homme, ils peuvent être liés à :

- l'incapacité de produire des spermatozoïdes normaux (spermatogénèse);
- l'incapacité de fonctionnement des canaux excréteurs, si les spermatozoïdes normaux ne peuvent être excrétés;
- une déficience dans les rapports sexuels.

Chez la femme , ils peuvent être liés à des facteurs d'ordre :

- ovarien ou ovulatoire : absence d'ovaires, absence d'ovules ou absence d'ovulation;
- tubaire : les trompes peuvent être absentes ou obstruées; une cause importante d'obstruction tubaire serait liée à des infections : salpingites, maladies transmissibles sexuellement, endométriose;
- utérin, dus à l'absence ou à la malformation de l'utérus;
- cervical, dus à des cervicites ou à des inflammations du col.

Le terme " **infertilité idiopathique** " est également entré dans le vocabulaire pour désigner **l'infertilité dont la cause n'est pas connue ou qui n'est pas médicalement démontrée**. Il faut donc considérer, comme le précise une étude du Conseil, "qu'il y a en matière de fertilité et d'infertilité des diagnostics sûrs [...], mais que, dans certains cas, des facteurs autres que cliniques ou des facteurs cliniques non identifiables entrent en ligne de compte. L'influence du stress, des émotions et de certains éléments psychologiques et sociaux sur le phénomène de la conception est peu connue, mais ne peut être niée"[3].

De plus en plus élastique, la notion d'infertilité recouvre une réalité toujours plus large. **En outre, le fait d'invoquer la notion vague d'infertilité idiopathique ou inexpliquée peut inciter les couples à avoir recours aux nouvelles technologies de la reproduction sans diagnostic médical précis, et contribuer ainsi à faire augmenter jusqu'à 30% le taux de cette clientèle dans certaines cliniques. On risque donc de se retrouver avec des couples parfaitement fertiles**.

Dans une communication livrée au Forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction[4], Laurence Gavarini analyse ce phénomène. Elle note précisément que les médecins les plus engagés dans les biotechnologies de la reproduction s'étonnent eux-mêmes du nombre de femmes qui deviennent "naturellement" enceintes après avoir subi un échec en fécondation artificielle, ou alors qu'elles sont sur les listes d'attente. C'est ce que Frydman appelle les "pochettes- surprises". **Les études démontrent, dit-elle, "que le meilleur remède à l'infertilité pourrait bien être... le temps. C'est-à-dire le fait de savoir patienter, de prendre le temps de se trouver fertile et fécond après l'usage d'un contraceptif notamment"** [5]. Considérant les "vertus curatives" du temps, Gavarini s'inquiète de l'utilisation croissante de techniques lourdes, comme la fécondation in vitro (FIV), qui étaient jadis réservées à des stérilités féminines bien identifiées (stérilités tubaires). Elle note qu'actuellement 16% des tentatives ont pour indication les stérilités masculines et 24% "d'autres indications" dont l'infertilité idiopathique. **Il faut de toute évidence s'inquiéter de ce glissement vers l'utilisation de techniques de plus en plus lourdes pour répondre à des indications médicales de plus en plus larges et mal définies.**

1.1.3 L'infertilité volontaire : un phénomène important

La stérilisation volontaire représente un facteur important d'infertilité chez les femmes. Ainsi, la ligature des trompes s'avère-t-elle à l'heure actuelle un des modes de contraception le plus utilisé au Québec. Le tableau suivant permet d'en mesurer la fréquence selon les groupes d'âge, pour les années 1985 à 1987 :

Tableau 1

Fréquence des stérilisations volontaires chez la femme par groupe d'âge Ligature des trompes (1985 à 1987)

GROUPES D'ÂGE	1985	1986	1987
Moins de 15 ans	—	—	1
15-19 ans	35	46	35
20-24 ans	1 035	956	845
25-29 ans	5 435	4 806	4 491
30-34 ans	7 966	7 105	6 766
35-39 ans	5 483	5 006	4 605
40-44 ans	1 788	1 629	1 535
45-49 ans	276	249	274
50-54 ans	23	21	17
55 ans et plus	—	—	5
TOTAL	**22 041**	**19 818**	**18 574**

Source : Régie de l'assurance-maladie du Québec, Service des statistiques, février 1988. Données non publiées.

Phénomène important : au cours des trois dernières années et de façon constante, on note que près d'une femme ligaturée sur trois avait moins de 30 ans. On note également un nombre fort significatif de femmes (1 000 environ par année) qui ont subi cette intervention avant 25 ans. On remarque le même phénomène chez les hommes : en 1985, parmi les 17 981 hommes vasectomisés, 3 435 avaient moins de 30 ans, soit plus d'un homme sur cinq. Compte tenu du caractère relativement décisif de ces interventions et du faible taux de réussite des réanastomoses, **on peut considérer qu'une proportion importante des hommes et des femmes stérilisés le sont très tôt et ce, pour l'ensemble de leur vie reproductive. Ce phénomène comporte de graves implications puisque l'âge et également le changement de partenaire font en sorte que les hommes et les femmes risquent de regretter leur décision.** Dans certaines cliniques d'infertilité, on estime que le tiers des candidates à la **fécondation in vitro** sont des femmes qui ont préalablement subi une ligature des trompes et, ayant changé d'idée, désirent maintenant avoir un enfant. De même, chez les hommes, il y a la possibilité de prélever et de stocker le sperme avant de procéder à une vasectomie, permettant par la suite de recourir à l'insémination artificielle au moment choisi. Tout permet de croire pour l'avenir que la banalisation croissante des nouvelles technologies de la reproduction incitera les hommes et les femmes à recourir beaucoup plus facilement à ce qu'on peut appeler la "spirale de la médecine du désir" : stérilisation → recours aux nouvelles technologies de la reproduction.

Enfin, l'utilisation de méthodes de contraception dites "dures" risque également de devenir un facteur de stérilité. Ainsi, on reconnaît que le port du stérilet puisse provoquer des infections susceptibles d'entraver la fertilité des femmes.

1.1.4 La croissance des maladies transmissibles sexuellement chez les jeunes

L'exposition accrue et de plus en plus précoce des jeunes aux maladies transmissibles sexuellement (MTS) ainsi que le manque de prévention sont couramment évoqués pour expliquer la croissance de l'infertilité, particulièrement chez les femmes. Ainsi, on associe l'augmentation des cas d'obstruction tubaire chez celles-ci à la croissance des MTS.

L'infection **à chlamydia trachomatis** est une maladie particulièrement insidieuse et difficile à diagnostiquer dans son stade précoce. Si elle n'est pas identifiée et soignée à temps, cette maladie donne lieu à un nombre important de salpingites, ce qui est une cause importante d'infertilité chez la femme. **Souvent contractée au début de la période de fécondité**, elle risque d'empêcher nombre de femmes de concevoir un enfant dans le futur, les obligeant ainsi à recourir aux nouvelles technologies de la reproduction. Les études menées au Québec démontrent qu'un nombre important de jeunes sont porteurs de cette maladie à leur insu et susceptibles de la transmettre.

À la suite des recommandations du Conseil, le ministère de la Santé et des Services sociaux avait décrété la chlamydia "maladie à déclaration obligatoire". On sait cependant que cette décision n'implique aucune mesure de traitement gratuit ou obligatoire. Le Conseil, rappelons-le, a déjà dénoncé l'absence de véritables programmes de prévention en regard des maladies transmissibles sexuellement (MTS) particulièrement chez les jeunes et il a énoncé des propositions concrètes pour corriger la situation.

1.2 Les préoccupations et les orientations du Conseil

1.2.1 Une meilleure réponse aux besoins des femmes infertiles

Les femmes ressentent souvent l'infertilité comme une dévalorisation sur plusieurs aspects. Pour beaucoup, le fait d'être mère revêt à leurs yeux une importance capitale tant sur le plan humain que social. L'étude effectuée par le Conseil auprès des femmes infertiles permet de mesurer l'importance de cette dimension psychosociale de la maternité. On parle de "crise de l'infertilité". Ainsi que le précise un article paru dans la publication "Enjeux" du Conseil et intitulé "Vouloir... mais ne pas pouvoir" : "L'infertilité est mal vécue, mal perçue et encore mal connue; attribuable aux femmes plus qu'aux hommes, de moins en moins étrangère aux comportements sexuels et aux modes de vie, scrutée par une batterie de tests et traitée aux hormones, elle prend des allures d'obstacle à vaincre coûte que coûte"[6].

L'étude du Conseil réalisée auprès de 32 femmes infertiles démontre que le désir d'enfant des femmes infertiles n'est pas différent de celui des autres femmes, "mais il diffère en ce qu'il n'est pas réalisé, qu'il est lié à un échec, à une perte affectant la vie dans toutes ses facettes : l'image de soi, le statut social, la vie sexuelle, la relation de couple, la santé physique et psychologique, les relations avec les parents et les amis, les activités professionnelles"[7].

Le Conseil est d'avis que le traitement de l'infertilité par le seul recours aux techniques médicales ne tient pas compte d'aspects psychosomatiques majeurs. La fréquence des cas d'infertilité idiopathique témoigne du peu de connaissances sur les causes de cette déficience et sur le traitement adéquat susceptible d'y remédier. Étant donné la diversité des facteurs à l'origine de l'infertilité du couple, il faudrait pouvoir utiliser

des mesures préventives, thérapeutiques et diagnostiques plus poussées au lieu de recourir trop fréquemment, comme on risque de le faire à l'heure actuelle, aux technologies de la reproduction. Ces technologies, comme nous le verrons, présentent des taux d'efficacité très faibles, créent trop souvent de faux espoirs au prix de contraintes physiques et d'effets secondaires considérables chez la femme; à toutes fins pratiques, elles visent non à guérir ou à prévenir l'infertilité, mais plutôt à la contourner en procurant l'enfant désiré. **Avant de s'engager dans des procédures lourdes, nous croyons qu'un processus de consultation et de support beaucoup mieux adapté aux besoins des couples infertiles et des femmes en particulier devrait être offert**.

Au cours du Forum international tenu sous l'égide du Conseil, des participantes ont souligné "l'isolement, le manque de support et de considération que ces femmes ressentent comme si encore une fois ce qui se passe en elles n'était vu que comme un processus physiologique, médical, sans résonnance humaine. On a relevé l'attitude des gynécologues qui se sentent eux-mêmes impuissants s'ils n'agissent pas, s'ils ne règlent pas à leur rythme tout le processus, excluant ainsi par exemple la période d'attente et d'observation qui précède une intervention ou la réduisant de façon inconsidérée; à ce sujet, des gynécologues-psychosomaticiennes recommandent toujours deux années d'observation. Les médecins, note-t-on, ont aussi tendance à négliger la recherche et la compréhension des facteurs non physiologiques qui entrent en jeu dans l'expérience d'infertilité"[8]. On a évoqué au cours de ce colloque la nécessité pour les femmes de créer des liens entre elles, notamment des liens entre les femmes engagées dans la résistance aux NTR et celles en situation d'infertilité. Ces alliances nouvelles pourraient faire naître des alternatives intéressantes. **Ainsi, on devrait également s'ingénier à trouver des moyens nouveaux pour résoudre la "crise de l'infertilité", et prévoir des solutions alternatives valables et plus accessibles pour répondre au désir des couples infertiles d'avoir un enfant. Par exemple : faciliter l'adoption nationale et internationale, favoriser des formules nouvelles de parentalité, etc.**

1.2.2 Prévenir et guérir la stérilité : une priorité

Certaines grandes tendances sous-tendent l'évolution actuelle des nouvelles technologies de la reproduction humaine et inquiètent particulièrement le Conseil. Ainsi :

- **l'élargissement de la notion d'infertilité fait en sorte qu'une clientèle de plus en plus vaste est susceptible de recourir aux techniques de procréation artificielle** ;
- **l'incidence croissante des maladies transmissibles sexuellement risque d'hypothéquer les facultés reproductives de femmes particulièrement jeunes** ;
- **le nombre significatif de femmes candidates à une stérilisation volontaire au début de leur période reproductive risque d'augmenter le recours à la fécondation in vitro.**

De l'avis du Conseil, il faudrait se prémunir contre ces tendances. Dans cette perspective, la lutte à l'infertilité des couples et particulièrement à la stérilité croissante des femmes devient une priorité. C'est pourquoi, il considère essentiel de réaffirmer certaines des positions et des recommandations qu'il a fait valoir auprès de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux[9].

Concernant la contraception et la stérilisation, le Conseil :

- dénonce l'utilisation trop fréquente de méthodes de contraception dites "dures" et d'interventions (stérilisations) irréversibles, et s'inquiète du grand nombre de Québécoises âgées de 20 à 44 ans qui ont subi une ligature des trompes;
- recommande que les recherches favorisent le développement de méthodes contraceptives temporaires "douces" et fiables.

Concernant la prévention des maladies transmissibles sexuellement, le Conseil :

- recommande de favoriser la prévention et le traitement des MTS, en particulier de la chlamydia, et de mener des campagnes d'information et de prévention, particulièrement auprès des jeunes.

Concernant les causes de l'infertilité, le Conseil :

- recommande de subventionner la recherche sur les causes, la prévention et le traitement de l'infertilité féminine et masculine;
- propose également que les femmes reçoivent toute l'information pertinente sur le traitement de l'infertilité et les examens qu'il sous-tend; que les services soient dispensés dans le plus grand **respect de la personne.**

Conclusion

Selon le Conseil, la volonté de sauvegarder l'appareil reproducteur des femmes doit constituer une des priorités du système de santé québécois pour les années à venir. Le CSF demande que l'accent soit mis sur la prévention et le traitement des maladies transmissibles sexuellement. Plus récemment, il a pressé la ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que le ministre de l'Éducation de prendre des mesures efficaces quant à la prévention et au dépistage des maladies transmissibles sexuellement en milieu scolaire, collégial et universitaire, et de mieux coordonner leurs actions respectives.

Le CSF recommande enfin qu' **un délai de deux ans sans grossesse, malgré des relations sexuelles régulières, soit imposé avant de permettre l'accès aux cliniques de fertilité. Un délai trop court (un an) risque non seulement d'y amener des couples impatients plutôt qu'infertiles, mais de favoriser également un recours trop hâtif aux nouvelles technologies de la reproduction sans investigation suffisante. Plusieurs indices, en effet, nous portent à croire qu'il y a possibilité d'un glissement vers de telles interventions auprès de couples par ailleurs fertiles.**

NOTES

1. Sylvain GAGNON, "Aspects cliniques : rapport médical", dans *L'insémination artificielle thérapeutique*, PUL, Québec, 1983, 217 p., p. 34-35.

2. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, André Jean, *Nouvelles technologies de la reproduction - Pratiques cliniques et expérimentales au Québec*, Québec, 1986, 98 p., p. 8.

3. Ibid., p. 7.

4. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, Laurence Gavarini, Conférence donnée dans le cadre de l'atelier "Les enfants que je veux, si je peux" (Atelier C), dans *Sortir la maternité du laboratoire - Actes du forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction*, 1988, 423 p., p. 120 à 126.

5. Ibid., p. 125.

6. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Enjeux : quand la technologie transforme la maternité*, Les Publications du Québec, 1987, 38 pages, p. 8.

7. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, Françoise-Romaine Ouellette, *Les enfants que je veux... si je peux...*, janvier 1987, 184 p., p. 55.

8. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, Lise Dunnigan, Synthèse du débat, Atelier A, "La maternité en miettes", dans *Sortir la maternité du laboratoire - Actes du forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction*, 1988, 423 p., p. 88.

9. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, 1986, 64 p.

CHAPITRE 2 :
L'insémination artificielle

Technique simple en apparence, l'insémination artificielle est utilisée déjà depuis plus de vingt ans. Ce procédé consiste à introduire du sperme de bonne qualité dans les voies génitales de la femme sans qu'il y ait acte sexuel. Le sperme est déposé à l'intérieur du col ou à l'entrée de l'utérus au moment de l'ovulation. Cette technique peut être accompagnée d'un protocole de stimulation hormonale. Elle nécessite peu d'interventions techniques et, à la limite, elle peut être pratiquée par la femme elle-même : c'est l'auto-insémination. Il est à noter qu'aux États-Unis certains centres de femmes préconisent cette pratique. Au cours des dernières années, plusieurs variantes de cette technique se sont développées pour répondre à des besoins sans cesse nouveaux de couples infertiles, de couples fertiles ou de femmes seules.

Mais attention! si elle est simple en apparence, cette procédure soulève cependant des questions médicales, sociales et juridiques d'importance. Voici comment elles se posent.

2.1 La réalité vécue par les femmes

2.1.1 Insémination homologue ou hétérologue

Notons tout d'abord que l'insémination artificielle demeure un palliatif à l'infertilité masculine[1] et, dans le cas d'une déficience hormonale chez la femme, on pourra recourir également à la stimulation hormonale pour susciter l'ovulation.

L'insémination homologue (avec le sperme du conjoint) est indiquée s'il y a infertilité ou hypofertilité chez l'homme : si le nombre de spermatozoïdes est insuffisant ou si leur faible motilité ou si un taux élevé de malformations les empêche de rejoindre l'ovule au cours des rapports sexuels[2]. Une quantité suffisante de gamètes est alors prélevée soit par masturbation, soit dans l'urine (dans les cas d'éjaculations rétrogrades) et sert par la suite à l'insémination de la conjointe.

L'insémination hétérologue (avec le sperme d'un donneur) est indiquée principalement quand le conjoint est stérile ou s'il est porteur d'une maladie héréditaire grave à haut risque de transmission.

2.1.2 Recrutement et sélection des donneurs

Présentement, au Québec, les critères de sélection des donneurs varient peu d'un centre à l'autre. On exige un spermogramme de bonne qualité, l'absence d'antécédents génétiques sérieux, l'absence de maladies vénériennes ainsi qu'un test psychologique dans le but de vérifier la motivation du donneur[3]. La participation du donneur se fait sur une base volontaire; il s'engage à fournir les informations sur son état médical et reçoit une compensation (25 $ à 50 $) pour ses frais de déplacement chaque fois que ses services sont requis.

Dans la pratique actuelle, quand les circonstances le permettent, on tente de trouver un donneur "dont les caractéristiques s'apparentent le plus possible à celles du conjoint"[4]. Au Québec, les donneurs se recrutent principalement chez les étudiants en médecine ou parmi le personnel de la santé. Un donneur peut être mis à contribution pour la conception d'une dizaine d'enfants au maximum. Les données concernant le donneur sont conservées par l'urologue pour une période qui n'est pas déterminée et l'anonymat reste de rigueur[4].

2.1.3 À qui s'adresse l'insémination artificielle?

Règle générale, au Québec, l'insémination artificielle s'adresse à des couples stables et on exige un consentement écrit des deux conjoints. Deux cliniques cependant acceptent d'inséminer des femmes seules ou homosexuelles.

2.1.4 La pratique de l'insémination artificielle

L'étude du Conseil dénombre en 1985 onze centres spécialisés pratiquant à la fois l'insémination artificielle homologue et hétérologue au Québec. Le rapport du Comité du MSSS précise que 37 centres hospitaliers ont facturé des inséminations artificielles à la Régie de l'assurance-maladie du Québec au cours de la même année. On remarque que, de 1979 à 1984, le nombre d'inséminations (homologues et hétérologues) facturées à la Régie de l'assurance-maladie du Québec a presque doublé : passant de 3 828 (1979) à 6 810 (1984) et ce, pour un nombre total de 34 505 inséminations en six ans[5]. Ces chiffres n'indiquent pas cependant le nombre de femmes inséminées puisqu'il est possible de pratiquer chez la même femme jusqu'à trois inséminations par cycle avec le sperme de trois donneurs différents, et la femme peut se soumettre à plusieurs cycles (trois cycles en moyenne) avant d'obtenir la grossesse désirée. **Le rapport du Comité du MSSS note que le taux de réussite calculé à partir du nombre de naissances en regard du nombre de femmes inséminées au cours d'un cycle est de l'ordre de 4,7%[6].**

2.2 Les préoccupations et les orientations du Conseil

Bien que l'insémination artificielle soit une technique relativement simple, elle peut soulever des questions sociales, éthiques et juridiques d'envergure. En voici quelques-unes :

- **l'insémination homologue post-mortem** soulève le problème de la transgression du temps, la femme étant alors inséminée après la mort de son conjoint; selon le Conseil, cette pratique est inacceptable puisqu'elle transgresse la temporalité du projet d'enfant et constitue une négation de la mort;
- **le commerce et l'importation de sperme, la mise sur pied de banques de sperme et l'absence de contrôle** ne sont pas sans susciter des inquiétudes;
- des questions se posent également quant à **l'eugénisme et la sélection des donneurs de sperme** en fonction de certaines caractéristiques physiques, intellectuelles, etc.; les pratiques visant à assurer l'agencement des caractéristiques du donneur et du père social contribuent à masquer les origines biologiques de l'enfant et ne sont pas cohérentes avec l'objectif voulant qu'on informe l'enfant de ses antécédents;
- les possibilités de **sélection du sexe** par le brassage des gamètes du conjoint ou du donneur s'offrent à des couples même fertiles qui veulent choisir le sexe de leur enfant;

- le danger de contamination du sperme par **le virus du sida** est également évoqué;
- mentionnons enfin les questions liées à la filiation et à **l'anonymat des donneurs de sperme** .

2.2.1 Le droit de connaître ses origines et l'anonymat des donneurs

Les questions juridiques soulevées par l'anonymat des donneurs de sperme et les problèmes liés à la reconnaissance de paternité ont été l'objet de discussions dans les pays où les nouvelles technologies prennent un essor important. La Suède a notamment adopté des dispositions législatives concernant la levée de l'anonymat des donneurs de sperme. La Finlande étudiera prochainement un projet de loi qui vise les mêmes objectifs.

Au Québec, la filiation de l'enfant conçu par insémination artificielle est juridiquement protégée, la filiation étant établie principalement par l'acte de naissance et la possession d'état. Le père social est donc reconnu comme le père de l'enfant. Cependant, l'enfant n'a aucun droit reconnu de connaître ses origines biologiques s'il est conçu au moyen de l'insémination artificielle avec donneur : l'anonymat des donneurs de sperme est ainsi assuré et il n'existe aucune mesure reconnue pour recueillir et conserver les informations sociales et médicales qui les concernent. De plus certaines pratiques impliquant qu'on fasse trois inséminations aux deux jours avec le sperme frais de trois donneurs différents, brouillent irrémédiablement les origines biologiques de ces enfants, ce qui rend toute recherche de paternité biologique irréalisable. Ceci constitue également un problème grave sur le plan médical puisqu'il serait impossible de retracer le véritable donneur dans le cas de maladies héréditaires graves. **Il est donc recommandé qu'à l'avenir on fasse appel à un seul donneur de sperme au cours d'un cycle donné**.

Il semble évident que les pratiques devront être ajustées pour permettre l'identification des origines biologiques de l'enfant.

Dans cette perspective, le Conseil a déposé en 1987 un avis au gouvernement dans lequel il fait des propositions concrètes concernant la levée de l'anonymat des donneurs de sperme[7].

> "Le CSF recommande l'adoption de modifications législatives précises afin que le droit de connaître ses origines soit accordé, à la majorité, aux enfants qui ont été conçus artificiellement; que, dès l'âge de 14 ans, ces mêmes enfants obtiennent, sur demande, un sommaire de leurs antécédents socio-biologiques; que leurs parents adoptifs puissent avoir une copie de ce sommaire dès la naissance de l'enfant. Le Conseil établit qu'en dehors de ces circonstances particulières tous les renseignements concernant l'enfant adopté ou conçu artificiellement demeurent confidentiels. Les modifications législatives que demande le Conseil ne devraient pas avoir d'effet rétroactif ni créer de liens juridiques entre les parents et l'enfant."[8]

Pour se concrétiser, cette recommandation du Conseil nécessite trois conditions :

- que les pratiques actuelles d'insémination artificielle soient modifiées;
- que la loi (articles 631 et 632 du Code civil) soit modifiée pour inclure les nouvelles dispositions;
- que soit constituée une banque d'information centralisée et systématisée permettant de conserver les informations pertinentes sur les donneurs de sperme.

Le Conseil considère qu'il faut agir vite puisque, si toutes les dispositions étaient prises au mieux dès 1990, on ne ferait qu'assurer le droit aux origines des enfants devant atteindre leur majorité en l'an 2008.

2.2.2 La prévention du sida : une nécessité

Le Conseil s'inquiète de la protection de la santé des femmes et des possibilités de transmission du virus du sida (VIH : virus d'immunodéficience humaine) par l'entremise du sperme du donneur. Une étude du Conseil précise que quatre cas de transmission du virus par le sperme ont été signalés en Australie[9].

Les tests en usage à l'heure actuelle (Elisa, Wester-Blot) ne détectent pas la présence du virus dans le sang, mais plutôt la présence des anticorps consécutifs à la contamination par virus. Or, on évalue que la formation de ces anticorps peut prendre deux, trois mois et même plus, avant d'apparaître en quantité suffisante après le contact avec le virus; c'est ce qu'on appelle la "fenêtre de risque". Un premier test de détection du virus sur le sang du donneur de sperme ne peut donc être suffisant; il faudrait pouvoir tester six mois plus tard afin d'être certain de l'innocuité du sperme du donneur. Un dépistage adéquat du virus du sida exige donc **qu'on n'utilise que du sperme congelé prélevé chez un donneur dont le sang aurait été préalablement testé à six mois d'intervalle avant de procéder à une insémination artificielle avec donneur**.

Pour le Conseil, la prévention quant à la transmission du sida par le sperme et la protection de la santé des femmes apparaissent d'autant plus importantes que cette maladie est en progression constante; les chiffres indiquent également qu'une forte proportion d'hétérosexuels (61%) porteurs du virus au Canada se retrouve au Québec.

Conclusion

Outre ces recommandations spécifiques, le Conseil a adopté les principales positions qu'il défend en regard de l'insémination artificielle. Il propose notamment :

- **de limiter l'accès à l'insémination artificielle avec donneur aux couples ayant un problème d'infertilité démontré ou présentant un risque élevé de transmission de maladies héréditaires graves** (ceci exclut les femmes seules et homosexuelles ainsi que les cas d'infertilité idiopathique);
- **de limiter la pratique à des centres spécialisés** publics ou privés assujettis aux mêmes réglementations (exclusion des cabinets privés);
- **de sélectionner les donneurs** sur la base de **critères médicaux** et à l'aide d'un **entretien clinique** pour leur permettre de prendre conscience de l'importance de leur geste;
- de n'accorder **aucune rémunération** aux donneurs de sperme;
- de limiter le **nombre d'utilisation** d'un même donneur (dix utilisations ou deux naissances);
- d'obtenir le **consentement écrit** du couple;
- de respecter les conditions nécessaires à la **levée de l'anonymat** dans le cas de l'insémination artificielle avec donneur : bannir le mélange de sperme et colliger les données médicales et non médicales nominatives;
- **d'accorder, sur demande, accès aux données** médicales et non médicales nominatives à l'enfant à sa majorité, et accès aux données médicales non nominatives aux parents ainsi qu'à l'enfant qui aura atteint 14 ans.

Le Conseil recommande enfin :

- d'interdire **les pratiques visant le sexage de convenance**, à l'exception des cas de maladies héréditaires graves liées au sexe.

NOTES

1. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, André Jean, *Nouvelles technologies de la reproduction - Pratiques cliniques et expérimentales au Québec*, Québec, 1986, 98 p., p. 28.

2. Ibid., p. 29.

3. Ibid., p. 30.

4. Ibid., p. 31.

5. Ibid., p. 34.

6. *Rapport du Comité de travail sur les nouvelles technologies de la reproduction*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1988, 120 pages, p. 37.

7. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Mémoire portant sur le droit de connaître leurs origines pour les enfants adoptés ou conçus au moyen d'une technique de procréation assistée*, mai 1987, 25 p.

8. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Position du Conseil du statut de la femme sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine*, avril 1988, 3 p., texte non publié.

9. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, Éric Laplante, *Étude sur les femmes et le sida et recommandations du CSF*, août 1987, p. 2, texte non publié.

CHAPITRE 3 :
La fécondation in vitro

Le premier "bébé-éprouvette" est né en Grande-Bretagne en 1978. En 1988, on estimait qu'environ 3 000 enfants étaient nés par ce moyen dans le monde entier[1]. Au Québec, le premier bébé-éprouvette a vu le jour en 1985 et la pratique de la fécondation in vitro (FIV) remonte à 1979[2]. Cette procédure comporte deux étapes majeures. La première est **la fusion**, dans un récipient de culture, **d'un ovule prélevé artificiellement et d'un spermatozoïde**. La seconde est le **transfert de l'embryon** ainsi produit dans la cavité utérine de la femme. Ce sont là les deux étapes essentielles qui définissent cette technique. Cependant, pour que ces opérations réussissent, plusieurs autres traitements sont nécessaires. Ainsi, les femmes doivent se soumettre à une surveillance étroite et à des interventions complexes ainsi qu'à un "boosting" hormonal : puissante médication en vue de bloquer le cycle ovulatoire dans un premier temps et de provoquer une hyperovulation dans un deuxième temps. Comme nous le verrons, il s'agit là d'une technologie lourde dotée d'effets considérables sur l'intégrité physique des femmes et qui nous semble encore expérimentale à plusieurs égards.

3.1 La réalité vécue par les femmes

3.1.1 La FIV : une technologie lourde

La recherche effectuée pour le Conseil sur les pratiques cliniques et expérimentales au Québec indique, qu'à l'heure actuelle, les équipes de FIV[3] ont recours à la superovulation dans le but de permettre la maturation de plusieurs follicules et de maîtriser entièrement le processus d'ovulation tout en maximisant l'efficacité de la technique. Notons qu'en respectant le processus naturel d'ovulation, on n'obtient qu'un seul follicule qui est parfois recueilli trop tôt ou trop tard.

La femme est donc soumise à un lourd protocole de stimulation hormonale[4] débutant le premier jour du cycle et se terminant treize à quatorze jours plus tard par la ponction des follicules. Ce traitement exige une méticuleuse surveillance médicale quant à la croissance des follicules, surveillance effectuée par le biais d'échographies et des dosages hormonaux quotidiens de façon à ce que les ovules puissent être prélevés au moment le plus favorable. La femme doit donc séjourner dans le voisinage de l'hôpital et, si elle vient de l'extérieur, assumer ses frais de séjour.

Le prélèvement des follicules se fait actuellement **par laparoscopie** (introduction d'un laparoscope à travers la paroi abdominale et insufflation de gaz comprimé) et sous anesthésie. Une technologie plus légère peut également être pratiquée : il s'agit d'une aspiration (ponction) des follicules sous contrôle échographique à travers les voies naturelles et sous anesthésie locale. Ensuite, pour leur permettre de féconder les ovules, **les spermatozoïdes subissent un processus de maturation**. Chaque ovule est ensuite inséminé par des spermatozoïdes actifs. Seize à vingt heures après l'insémination, on peut déterminer si la fécondation a eu lieu[5].

Le transfert aura lieu de 24 à 48 heures après la fécondation à l'aide d'un cathéter et par l'orifice utérin. En pratique, on transfère plus d'un embryon (au Québec, les cliniques disent implanter en moyenne 1,9 à 2,9 embryons et le maximum pourrait se situer entre trois et six embryons)[6]. Les embryons non implantés seront congelés pour une utilisation ultérieure.

À chacune de ces étapes du cycle, la femme peut faire face à l'échec : mauvaise réponse à la stimulation hormonale, non-fécondation de l'ovule, non-implantation de l'embryon... Tout est alors à recommencer! Une proportion de femmes se soumettra donc à une seconde tentative et certaines iront même jusqu'à cinq tentatives.

3.1.2 Des variantes de la fécondation in vitro

On pratique à l'heure actuelle deux procédés dérivés de la fécondation in vitro :

- **la fécondation in vivo** (GIFT : gamete intrafalopian transfer) se distingue de la fécondation in vitro en ce que les spermatozoïdes et les ovules sont transférés ensemble par laparoscopie dans les trompes qui sont leur lieu naturel de fécondation. Il est à noter que cette technique doit se pratiquer sur des femmes dont une des trompes est intacte et on y recourt surtout dans les cas d'infertilité idiopathique et d'infertilité masculine. On peut donc présumer qu'elle se pratique souvent sur des femmes parfaitement fertiles;
- **la civette** : cette nouvelle variante de la FIV développée en France se distingue par le fait que "les ovules et le sperme sont mis en présence dans une petite capsule qui sera déposée dans le vagin"[7]; c'est le vagin qui sert alors d'incubateur. La capsule est par la suite retirée et on procède au transfert des embryons.

Le **transfert d'embryon** d'une femme à l'autre est une autre technique utilisée dans certains pays (États-Unis, Italie). Il s'agit d'expulser l'embryon de l'utérus d'une femme par lavage utérin et de le transférer par la suite à une autre femme.

3.1.3 À qui s'adressent ces techniques?

Les **principales indications de la FIV sont les obturations irréversibles ou les lésions graves des trompes**. En réponse à un questionnaire du Comité de travail du MSSS, les six cliniques pratiquant alors la fécondation in vitro et la fécondation in vivo au Québec disaient retenir les indications suivantes; par ordre d'importance[8] :

- **la stérilité tubaire involontaire,**
- **l'infertilité idiopathique (sans cause médicale connue),**
- **l'infertilité masculine,**
- **l'endométriose,**
- **la stérilité tubaire volontaire (ligature des trompes).**

3.1.4 Une faible efficacité

Certains praticiens invoquent des **taux de succès** relativement élevés (jusqu'à 30%) dans la pratique de la fécondation in vitro. Des taux fantaisistes sont calculés de diverses façons : tantôt on comptabilise le nombre de femmes qui ont obtenu une grossesse chimique (test de grossesse), tantôt celles qui ont obtenu une grossesse clinique (après la première échographie). Par ailleurs, les données recueillies pour le Comité du MSSS indiquent que **" parmi les 596 femmes engagées dans la procédure, on comptait au moment de l'enquête dix-sept naissances vivantes dont un accouchement de triplets et deux accouchements de jumeaux.**

Il y eut au total treize accouchements..."[9]. Or si on calcule le taux de succès sur la base du nombre de femmes qui ont donné naissance à un ou des enfants vivants, par rapport au nombre de femmes qui ont été soumises au processus de stimulation hormonale, **le taux de succès serait alors de 2,2%**. Le rapport note également que le taux de succès calculé sur la base du nombre de naissances vivantes chez toutes les femmes ayant entrepris la stimulation ovarienne varie selon les cliniques de 0% à 5% pour la fécondation in vitro proprement dite et de 0% à 8% pour la fécondation in vivo[10].

3.2 Les préoccupations et les orientations du Conseil

L'utilisation croissante de la fécondation in vitro inquiète particulièrement le Conseil. Les pratiques actuelles (surmédication, interventions lourdes...) sont très éprouvantes pour les femmes. De plus, les taux de succès demeurent très faibles et cette technique risque d'être trop largement utilisée. Enfin, elle comporte de graves implications éthiques et sociales.

3.2.1 Technique éprouvante pour les femmes

De nombreuses **auteures féministes et des praticiens** dénoncent les **trop nombreux accidents de parcours** et les problèmes majeurs vécus par les femmes qui se soumettent au processus de stimulation hormonale et aux interventions requises par la fécondation in vitro.

Au Forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction, Renate Duelli Klein a particulièrement dénoncé ce phénomène en ces termes (traduction libre) : "la femme est en effet un bon incubateur qui parle volontairement, présente ses veines pour le prélèvement d'échantillons de sang innombrables, [...], qui avale des drogues fertilisantes à la demande, supporte les injections d'hormones et n'ose pas se plaindre des "effets secondaires" tels des malaises abdominaux, des troubles de vision, la nausée, la tension nerveuse, la dépression, la fatigue, l'étourdissement, l'insomnie, les céphalées... Un incubateur qui se soumet à de nouvelles méthodes tels les... "cocktails d'hormones" : un mélange d'hormones qui d'un côté favorise la maturation de plusieurs follicules, mais d'un autre côté élimine les fonctions physiques (en induisant la ménopause) afin de les repartir à neuf avec des hormones de fertilité"[11]. Madame Duelli Klein rapporte le cas d'une femme qui, suite à une stimulation hormonale en FIV, a développé un cancer des ovaires, de l'appendice, de l'utérus et du foie. Elle cite des sources selon lesquelles l'hyperstimulation peut favoriser la croissance de cellules cancéreuses. Elle dénonce également le **clomid** qui est l'hormone la plus couramment utilisée pour favoriser la stimulation ovarienne. Cette médication serait apparentée au DES (Diethylstilbestrol) qui fut utilisé au cours des années 1940 à 1970 pour prévenir les fausses couches et a produit, selon elle, trois à cinq millions d'enfants qui ont des problèmes de fertilité parmi lesquels des filles chez qui on remarque un taux accru d'incidence du cancer. Au cours de ce Forum, le biologiste Jacques Testart a également annoncé qu'il menait un projet de recherche visant à expérimenter la **"Buzérilline" sur les animaux**. En effet, ce médicament, déjà largement utilisé sur les femmes dans les cliniques de FIV en France, n'avait encore jamais été expérimenté sérieusement même chez les animaux.

Plusieurs sources mentionnent des effets négatifs en regard de la pratique de la FIV. Ainsi, la recherche[12] effectuée pour le compte du Conseil rapporte que :

- "la stimulation hormonale cause, dans 10% des cas, des nausées, des vomissements, des symptômes vasomoteurs, des céphalées, parfois des troubles visuels et des kystes ovariens";
- l'anesthésie générale durant la laparoscopie a également des effets importants;
- la laparoscopie peut aussi occasionner un saignement abdominal.

Il faut enfin mentionner les **taux plus élevés de fausses couches et de grossesses multiples, les risques importants de grossesses ectopiques et les risques d'avortement liés à l'amniocentèse**.

La recherche du Conseil menée auprès des femmes infertiles fait ressortir que les quinze jours consacrés au traitement hormonal sont des jours "d'intense fatigue liée non seulement à la médication, mais aussi aux visites quotidiennes à l'hôpital pour les prises de sang, les échographies, les injections"[13]. De plus, cette recherche met en lumière les problèmes importants vécus par les femmes en cours de traitement, soit :

- le caractère impersonnel et discontinu des soins,
- le manque d'information,
- le manque de support psychologique,
- les pressions ou encouragements excessifs à poursuivre le traitement comme le souligne une femme interviewée : "Ils ne t'appellent pas patient pour rien!"[14].

3.2.2 De faibles taux de succès et une clientèle élargie

Le Conseil considère opportun de rappeler les deux principes qui guident ses orientations et sa réflexion sur les nouvelles technologies de la reproduction : celui de **l'intégrité physique** des femmes et celui de leur **autonomie reproductive**.

En vertu du principe d' **autonomie reproductive**, le Conseil juge essentiel d'informer correctement et complètement les femmes quant aux effets secondaires des techniques et des médicaments utilisés. Selon lui, les femmes doivent être également mises au courant des véritables taux de succès de la fécondation in vitro calculés à partir du nombre de femmes donnant naissance à un enfant vivant par rapport au nombre de femmes soumises à la stimulation hormonale au cours d'un cycle, l'objectif de cette technique étant d'obtenir un enfant vivant.

En vertu du principe d' **intégrité physique**, le Conseil croit nécessaire de limiter l'utilisation de la fécondation in vitro, de trouver des alternatives à la stimulation hormonale exemptes de dangers pour les femmes et d'assurer un contrôle très serré de la pratique.

3.2.3 Une menace pour l'ensemble des femmes : la désappropriation de la maternité

Plus encore que l'insémination artificielle, la fécondation in vitro consacre le morcellement de la maternité. Même si cette technique peut répondre au désir individuel d'avoir un enfant, le fait qu'elle puisse se généraliser risque d'avoir un **impact négatif pour l'ensemble des femmes**. La production de l'embryon hors du corps de la femme, l'utilisation de l'utérus comme incubateur, le don d'ovules, le don d'embryons, la congélation du sperme, des embryons, et bientôt des ovules, les manipulations des gamètes et des embryons, sont autant de réalités inquiétantes. Elles permettent d'envisager une **désappropriation de plus en plus complète de la maternité**. De plus, le développement de l'embryon hors du corps de la femme est à craindre dans la mesure où l'on pourra créer les conditions propices à ce développement (ectogénèse). Réponse à un désir individuel, la fécondation in vitro représente donc une **menace pour la collectivité des femmes** et cet état de fait se confirmera davantage au fur et à mesure que cette technologie deviendra plus "productive", plus efficace et moins expérimentale. Ainsi, comme le mentionne l'étude du Conseil : "le recours à la

reproduction artificielle devenant moins onéreux, servira-t-il d'argument en faveur de la stérilisation des femmes, même très jeunes, que ce soit comme alternative radicale à la contraception, comme moyen d'accéder à des emplois industriels dangereux ou comme façon de contrôler les coûts attachés à la fécondité de certaines catégories de population..."[15]. Avec la fécondation in vitro, la maternité risque d'échapper de plus en plus au **contrôle des femmes** au profit du contrôle des cliniciens. Tout au long du processus, le **pouvoir médical** s'affirme au point où une participante au Forum rapporte les propos d'un praticien de la FIV : "quand chaque bébé est né, dit-il, j'ai tenu à le prendre dans mes bras, je tenais à toucher ce bébé qui était né dans une éprouvette"[16].

3.2.4 D'autres problèmes importants

L'utilisation des embryons surnuméraires et le don d'ovules constituent deux problèmes d'envergure engendrés par la pratique actuelle de la FIV et qui méritent une attention particulière.

Les embryons surnuméraires : la stimulation hormonale suscite la production de plusieurs ovules qui, s'ils sont fécondés, amèneront la création de plusieurs embryons. Les embryons non réimplantés au cours d'un cycle seront congelés. Ainsi, ils pourront être utilisés au cours d'un cycle ultérieur. Quelle sera la durée de conservation de ces embryons? Qui disposera des embryons non utilisés? Devront-ils être détruits? Risquent-ils d'être commercialisés? Pourront-ils être donnés à un autre couple? Seront-ils utilisés pour fins de recherche?

La stimulation hormonale et le transfert de plusieurs embryons (deux à six) ont également des conséquences importantes. On note en effet un nombre important de **grossesses multiples** quand plusieurs embryons s'implantent et se développent. Pour résoudre ce problème créé par la technique, les médecins pratiquent la **réduction embryonnaire**. Ce procédé, destiné à détruire un certain nombre de foetus pendant la grossesse, est pratiqué dans les cliniques européennes et américaines et il est également utilisé au Québec[17].

C'est ainsi que se pose le **problème important du statut de l'embryon.** Il est nécessaire de réglementer notamment la responsabilité du couple en regard de l'embryon, la durée de conservation de l'embryon, l'interdiction de la commercialisation, le mode de disposition ou la destruction de l'embryon, etc.

Les dons d'ovules : les ovules prélevés lors d'une laparoscopie pourraient éventuellement faire l'objet d'un don. Certains considèrent les dons d'ovules au même titre que les dons de sperme. Cependant, plusieurs marquent des réticences à l'égard de cette pratique, invoquant la nécessité de la stimulation hormonale et les procédures utilisées pour prélever les ovules, deux techniques lourdes et éprouvantes pour les femmes. C'est pourquoi, **considérant les abus auxquels ces pratiques peuvent conduire, le CSF s'oppose aux dons d'ovules**.

Mentionnons que l' **hôpital Chedoke McMaster** de Hamilton vient de mettre sur pied la première **banque d'ovules** au Canada; on peut craindre un développement semblable au Québec.

Conclusion

Selon les principes déjà établis par le CSF, la fécondation in vitro doit être restreinte aux couples (hétérosexuels, mariés et conjoints de fait) et, comme il est proposé pour l'insémination artificielle, il faut en "limiter l'utilisation aux couples ayant un problème d'infertilité démontré...".

La FIV doit donc s'inscrire :

- dans un **projet d'enfant** ;
- dans un **projet de couple** ; il faut sauvegarder l'intégrité du couple et limiter l'utilisation de la FIV aux **"couples dont la femme a un problème d'infertilité démontré"** ; de plus, le CSF recommande le recours à l'adoption dans le cas d'incapacité de la femme de produire des ovules et exclut le don de ceux-ci;
- dans le respect de **l'intégrité du corps de la femme** ; les limites sont imposées par le caractère expérimental de cette technique; de plus, la stimulation hormonale et la violation du cycle d'ovulation sont pratique courante et hypothèquent largement le corps de la femme; technique palliative et non curative, la FIV doit rester un dernier recours (après l'insémination artificielle) dans les cas d'infertilité médicalement démontrée (excluant l'infertilité idiopathique); au surplus, on devrait interdire l'usage de cette technique sur des femmes dont le système reproducteur est intact;
- dans le respect de **l'autonomie reproductive des femmes**, c'est-à-dire leur assurer un libre choix en regard de l'accès à la technique tout en leur donnant l'information la plus précise possible sur les implications, les effets secondaires à court, moyen et long terme, le véritable taux de succès de la technique, et éviter tout déterminisme d'ordre médical ou technique.

Pour le Conseil, la technique doit également résoudre le problème qu'elle a elle-même créé : celui des **embryons surnuméraires**, de façon à empêcher toute commercialisation des embryons. De plus, nous refusons l'utilisation des embryons pour fins de recherche.

Il est à noter que l'**abandon de la stimulation hormonale** aurait pour effet d'éliminer les **problèmes liés aux embryons surnuméraires et aux dons d'ovules**.

Pour le Conseil, il est essentiel de limiter l'utilisation de la fécondation in vitro. Elle doit demeurer une technique de "dernier recours", puisqu'elle a pour effet de parcelliser la fonction de la maternité et qu'elle hypothèque lourdement le corps des femmes. L'importance grandissante des MTS comme cause d'infertilité-stérilité et l'utilisation de méthodes de contraception lourdes et irréversibles font que les femmes auront de plus en plus recours à la FIV. Pour contrer la banalisation croissante de cette technique, il faut non seulement en limiter le recours mais également investir davantage dans la prévention des MTS et le développement de méthodes légères de contraception.

Enfin, les recommandations du Conseil en regard de la fécondation in vitro visent à éviter la création d'embryons surnuméraires et à limiter la pratique dans un cadre expérimental. Dans cette perspective, le Conseil s'inspire des lignes directrices émises par le Conseil de recherches médicales du Canada suite au Colloque international de bioéthique qui a eu lieu à Ottawa du 5 au 10 avril 1987. Ce document intitulé *Pour une éthique internationale en recherche sur des sujets humains* précise :

> "*Compte tenu de la nature expérimentale de la fécondation in vitro, de son faible taux de réussite et de l'effet à long terme inconnu de ces actes* qui, bien que fondamentalement "thérapeutiques" pour la personne stérile, n'en ont pas moins des incidences sur la manipulation et le contrôle de la vie humaine, tous les travaux sur des embryons, même pour le traitement de la stérilité, *devraient être considérés comme des procédures à l'état primaire et de nature expérimentale et, à ce titre, être surveillés étroitement.*"[18]

NOTES

1. Cité dans le *Rapport au Département fédéral de l'intérieur et au Département fédéral de justice et police*, Commission d'experts pour la génétique humaine et la médecine de la reproduction, Berne, 1988, 148 p., p. 9.

2. *Rapport du Comité de travail sur les nouvelles technologies de la reproduction*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1988, 120 pages, p. 52.

3. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, André Jean, *Nouvelles technologies de la reproduction - Pratiques cliniques et expérimentales au Québec*, Québec, 1986, 98 p., p. 37.

4. Ibid., p. 37.

5. Tiré du *Rapport au Département fédéral de l'intérieur et au Département fédéral de justice et police*, op. cit., p. 9.

6. *Rapport du Comité de travail sur les nouvelles technologies de la reproduction*, op. cit., p. 55.

7. Ibid., p. 19.

8. Ibid., p. 53.

9. Ibid., p. 55.

10. Ibid., p. 55.

11. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, Renate Klein, "When Medicalisation Equals Experimentation and Creates Illness : The Impact of the New Reproductive Technologies on Women", dans *Sortir la maternité du laboratoire - Actes du forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction*, 1988, 423 p., p. 106-107.

12. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, André Jean, op. cit., p. 43.

13. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, Françoise-Romaine Ouellette, *Les enfants que je veux... si je peux...*, janvier 1987, 168 p.

14. Ibid., p. 109.

15. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, Lise Dunnigan et Louise Barnard, *Nouvelles technologies de la reproduction : analyses et questionnements féministes*, mars 1986, 161 p., p. 49.

16. Témoignage tiré de la vidéo du Forum international "Alerte à la procréatique".

17. Francine PELLETIER, "Dilemme de l'an 2000", dans *La Presse*, Montréal, samedi 28 janvier 1989.

18. CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES DU CANADA, *Pour une éthique internationale en recherche sur des sujets humains*, Ottawa, 1988, 93 p., p. 69.

CHAPITRE 4 :
Les grossesses sous contrat

La pratique des "grossesses sous contrat" est étroitement liée à la progression des nouvelles technologies de la reproduction humaine : insémination artificielle et fécondation in vitro. Cette pratique existe depuis une quinzaine d'années sous sa forme organisée. On estime qu'aux États-Unis, près de 25 agences offriraient les services de "mères sous contrat" et on dénombre environ 500 cas de "mères sous contrat". **Au Québec, la pratique est beaucoup moins connue** et, bien qu'on ne puisse confirmer la présence d'agences similaires, de nombreux indices permettent cependant d'affirmer que cette pratique existe depuis quelques années déjà : témoignages d'avocats qui affirment avoir exécuté de tels contrats et témoignages également de médecins disant avoir eu connaissance d'une dizaine d'accouchements de "mères sous contrat". En outre, le Rapport du Comité du MSSS note la présence d'annonces dans les quotidiens et précise que des agences américaines offriraient les services d'un certain nombre "de Québécoises dans leurs catalogues", prétendant ainsi offrir "des services à moindre coût étant donné les frais assurés par le régime de soins de santé québécois"[1]. Location d'utérus ou commerce d'enfants? Les problèmes suscités par une telle pratique méritent qu'on s'y penche et c'est pourquoi le Conseil a jugé bon d'émettre des recommandations précises pour enrayer cette pratique avant qu'elle ne prenne de l'ampleur.

4.1 La réalité vécue par les femmes

4.1.1 Mère porteuse, mère de substitution ou contrat de grossesse

Pour mieux saisir cette réalité, une clarification des termes s'impose. Les auteures féministes contestent les expressions courantes et largement utilisées de **"mère porteuse" ou "mère de substitution"**. Elles allèguent, en effet, que la mère sous contrat ne fait pas que "porter" l'enfant ou qu'elle n'est pas seulement une "substitut" de la mère sociale, mais qu'elle est la véritable mère de l'enfant ayant la responsablité de concevoir l'enfant, de le porter pendant neuf mois et de le mettre au monde. De plus, si la "mère sous contrat" se "substitue" à quelqu'un, ce n'est pas à la mère de l'enfant, mais bien à l'épouse du père, comme le souligne le Rapport du Comité du MSSS[2]. Ce déplacement de sens tend à minimiser le rôle de la "mère sous contrat", la réduisant à un réceptacle ("porteuse") et à nier le lien biologique (mère génétique et utérine) et affectif important qui la relie à l'enfant. Les termes de **"contrat de grossesse" et de "mère sous contrat"** sont beaucoup plus appropriés et c'est ainsi que le Conseil, après discussion, a convenu de désigner cette réalité.

4.1.2 Un contrat ou une location de services? Les divers arrangements possibles

Après avoir nommé cette réalité, il importe d'en préciser les diverses modalités. Plusieurs arrangements sont effectivement possibles. Au Forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction, Margrit Eichler faisait état des variantes possibles concernant[3] :

- **les parties contractantes** : du côté de l'offre, il y a toujours au moins une "mère utérine"; du côté de la demande, la situation n'est pas toujours claire : les contractants peuvent être a) un homme, b) un homme avec une partenaire qui peut être bénéficiaire du contrat sans être signataire, c) un couple, d) une femme, e) une femme et son partenaire qui peut être bénéficiaire mais non signataire;
- **les relations entre les parties** : les parties contractantes peuvent être de parfaits étrangers; ils peuvent être des amis qui s'engagent dans un contrat de service ou d'amitié; ils peuvent également être parents; même dans les cas où les contractants sont de parfaits étrangers, des relations de dépendance s'établissent en général puisque la mère contractante est soumise au contrat et elle est souvent "sous surveillance";
- **les méthodes de fertilisation employées** : les méthodes de fertilisation les plus couramment employées sont l'insémination artificielle (la "mère sous contrat" est alors la mère génétique et utérine de l'enfant) et le transfert d'embryon (si le couple désire choisir le bagage génétique de l'enfant). Selon les diverses méthodes utilisées, les liens sociaux et biologiques avec l'enfant peuvent varier grandement;
- **les liens sociaux et biologiques avec l'enfant** : Eichler énonce les possibilités suivantes de filiation : 1) si la "mère sous contrat" est inséminée avec le sperme du père social, l'enfant aura une mère génétique-utérine, une mère sociale et un père biologique et social (c'est le cas de Bébé M); 2) si la mère est inséminée avec le sperme d'un donneur, l'enfant aura une mère génétique- utérine, une mère sociale, un père biologique et un père social (si le donneur est l'oncle de l'enfant, il peut à la fois être père biologique et oncle); 3) si on implante à la "mère sous contrat" un oeuf fécondé du couple contractant, l'enfant aura alors une mère utérine, une mère sociale-biologique et un père social-biologique; si la mère utérine est apparentée au couple (exemple : la grand-mère porteuse en Afrique du Sud), l'enfant aura une mère utérine qui sera sa grand-mère, une mère sociale-génétique et un père social- biologique. D'autres variations sont également possibles montrant la complexité qui peut intervenir dans les liens de filiation;
- **l'implication des agences ou des intermédiaires** : il peut y avoir des ententes ou engagements privés (cas de la grand-mère d'Afrique du Sud), des intermédiaires professionnels, particulièrement des avocats qui supervisent les arrangements juridiques et parfois jouent le rôle d'intermédiaires, et/ou une agence ou un intermédiaire qui se spécialise dans le "matching" des "mères sous contrat" avec les individus ou les couples demandeurs. Enfin, le personnel médical est également impliqué dans les cas d'insémination artificielle ou de transfert d'embryon;
- **les aspects commerciaux** : cette pratique n'est pas toujours un échange commercial (exemple : le cas d'Afrique du Sud). Les pratiques commerciales sont courantes cependant et peuvent prendre les formes suivantes : paiement à la mère sous contrat, paiement à une agence et/ou à un intermédiaire. On rapporte que la "mère sous contrat" reçoit environ 10 000 $ pour porter et livrer un enfant; l'intermédiaire ou l'agence peut en recevoir autant.

4.1.3 Le contexte légal

Au Canada, les contrats de grossesse n'ont actuellement aucune reconnaissance légale. En effet, dans l'état présent du droit, ces contrats sont nuls: "[...], la liberté et les droits reconnus à toute femme enceinte pendant sa grossesse et à l'accouchement ne peuvent être limités par un tiers et, après la naissance, les seuls droits pouvant être revendiqués au sujet de l'enfant sont ceux prévus au Code civil"[4].

4.2 Les préoccupations et les orientations du Conseil

4.2.1 Le contexte juridique nord-américain

Le contexte législatif et juridique nord-américain incite le Conseil à alerter le gouvernement québécois quant aux implications très lourdes que pourrait avoir la constitution d'une jurisprudence en ce domaine comme c'est le cas présentement aux États-Unis[4]. Le Conseil s'inquiète également du fait que la Commission de réforme du droit de l'Ontario recommande de reconnaître de tels contrats et d'en réglementer les différents aspects[5]. Ainsi, la Commission va jusqu'à suggérer que des restrictions quant à la conduite de la mère durant la grossesse soient prévues au contrat : obligations diététiques, diagnostic prénatal et avortement thérapeutique... "Le Conseil juge qu'il y a là des orientations juridiques extrêmement inquiétantes en regard non seulement des femmes liées par de tels contrats, mais également en regard du statut et des droits de toutes les femmes."[6]

4.2.2 Implications affectives et humaines

Selon le Conseil[7] :

> **"Une entente prise avant le début de la grossesse et engageant la mère à renoncer définitivement à l'enfant dès la naissance comporte le risque de créer des situations traumatisantes si un attachement s'est formé à l'égard de cet enfant à travers l'expérience physique et émotive de la grossesse ou lors de l'accouchement;** [...] Et, bien sûr, on ne peut présumer des conséquences à plus long terme sur l'évolution psychologique des enfants conçus dans un tel contexte, qu'on leur fasse connaître leurs véritables origines ou qu'on s'efforce de leur cacher. On ne connaît pas non plus suffisamment les effets à long terme sur les diverses parties concernées ni les rapports familiaux qui s'ensuivent."

4.2.3 Commercialisation de l'être humain

Selon le Conseil[7] :

> **"La possibilité pour une femme de consentir à l'adoption de son enfant contre une rétribution monétaire ou autre soulève le problème de la vente et de l'achat des enfants et celui de la commercialisation des embryons humains** (pratique en vue de laquelle existe déjà au moins une société américaine cotée en bourse), voire même l'achat et la vente des embryons prélevés sur des femmes enceintes qui se présentent pour une interruption de grossesse. Cette possibilité implique également la reconnaissance d'une nouvelle forme d'exploitation économique du corps des femmes, cette fois-ci sur la base de leurs capacités reproductives, ce qui, comme le suggèrent diverses enquêtes, exposera certaines catégories de femmes à consentir à ces contrats sous l'effet de contraintes économiques, ou à accepter des clauses abusives à l'intérieur de tels contrats, tandis que les pères biologiques ou les couples contractants, ayant souvent des revenus plus importants, seraient à la fois en meilleure position pour imposer leurs propres conditions lors de l'entente et pour défendre leurs intérêts en cas de conflits ultérieurs."

4.2.4 Aliénation des droits des femmes pendant la grossesse

Selon le Conseil[7] :

> **"La pratique des grossesses sous contrat peut comporter des empiètements graves aux droits et aux libertés de la femme enceinte**, à savoir, par exemple, la renonciation à ses droits d'accepter ou de refuser une intervention médicale quelle qu'elle soit durant la grossesse (examens, médicaments, interventions, césarienne, etc.), la renonciation à son droit de demander un avortement et l'acceptation préalable de se soumettre à l'avortement si le père biologique le décide suite à un diagnostic d'anomalie du foetus, et enfin toutes les autres contraintes susceptibles d'être exercées sur les activités de la femme enceinte (travail, alimentation, déplacements, etc.). De telles contraintes, si elles étaient reconnues justifiables au nom du bien-être de l'enfant ou encore au nom des droits du père biologique, **pourraient avoir des conséquences dramatiques sur les droits de toute femme enceinte et sur la notion d'inviolabilité de la personne humaine."**

4.2.5 Effets possibles sur la notion de maternité et sur la conception de reproduction de la vie

Selon le Conseil[7] :

> **"Le cas des grossesses obtenues à partir d'un ovule prélevé sur la femme du couple contractant pose des questions plus complexes encore, en partie du fait qu'il conduit à dissocier et à comparer entre eux le lien génétique et le lien utérin avec l'enfant.** La tendance actuelle chez plusieurs auteurs, et qui s'est vue confirmée par un récent jugement américain, va dans le sens d'assimiler maternité et paternité, faisant valoir l'équivalence du lien génétique créé par le spermatozoïde et par l'ovule, pour ensuite réduire la grossesse et l'accouchement à un processus purement physiologique n'établissant aucun lien ou aucun droit significatif entre la mère utérine et l'enfant. Cette façon de voir reflète une conception androcentriste de la reproduction et de la maternité qui, si elle prend force, ouvrira éventuellement la voie à l'acceptation de la reproduction humaine entièrement extra-corporelle (utérus artificiel)."

Conclusion

Dans son avis sur les grossesses sous contrat, le Conseil s'inquiète de la possibilité qu'une législation légalise les contrats de grossesse et, par conséquent, les rende exécutoires. Il précise que, dans l'état actuel du droit civil, ces contrats sont nuls. Le CSF demande qu'aucune législation nouvelle sanctionnant les contrats de grossesse ne soit adoptée[8]. Ainsi, la liberté et les droits reconnus à toute femme enceinte ne pourront être limités par un tiers et, après la naissance, les seuls droits pouvant être exercés devant un tribunal à propos de l'enfant seront ceux prévus au Code civil.

Dans le but d'empêcher la pratique des grossesses sous contrat

et de mettre un frein à leur commercialisation, le Conseil recommande :

- "que soit modifié l'article 135.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34.1) afin que toute personne physique ou morale impliquée directement ou indirectement dans un contrat de grossesse puisse être déclarée coupable d'une infraction et soit **passible d'une amende.**" [9]

Le Conseil s'inquiète également de l'influence des médias sur la population québécoise en regard de la prolifération et de la banalisation du phénomène, notamment par la publication des annonces sollicitant des candidates pour de tels arrangements. Compte tenu de la qualité juridique de ces contrats de grossesse, il croit que la publication de ces annonces devrait être interdite.

Enfin tel qu'il l'a déjà recommandé le Conseil rappelle que, dans l'éventualité où des enfants naîtraient à la suite de grossesses sous contrat, ils auraient droit dans l'avenir de connaître leurs origines au même titre que les enfants conçus artificiellement ou adoptés[9].

NOTES

1. Rapporté dans le *Rapport du Comité de travail sur les nouvelles technologies de la reproduction*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1988, 120 pages, p. 65-66.

2. Ibid., p. 65.

3. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, Margrit Eichler, "Preconception Contracts for the Production of Children - What are the Proper Legal Responses?", dans *Sortir la maternité du laboratoire - Actes du forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction*, 1988, 423 p., p. 187 à 204.

4. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Déclaration de principe sur la question des grossesses sous contrat*, document adopté par le Comité NTR, 3 avril 1987.

5. ONTARIO LAW REFORM COMMISSION, *Report on human artificial reproduction and related matters*, vol. I et II, Ministry of the Attorney General, Ontario, 1985, 390 pages.

6. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Déclaration...*, op. cit.

7. Ibid.

8. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Les grossesses sous contrat*, avis soumis à la ministre de la Condition féminine, Québec, 1987, 6 p., p. 5.

9. Ibid., p. 6.

CHAPITRE 5 : Le diagnostic prénatal

Les nouvelles technologies de la reproduction peuvent répondre au désir d'enfant, mais aussi au désir d'enfant parfait. En effet, si la fécondation in vitro et l'insémination artificielle permettent des choix de nature eugénique et la sélection de certaines caractéristiques physiques, tel le sexe, les progrès actuels de la recherche génétique peuvent mener beaucoup plus loin en rendant possibles la supervision et la planification qualitative des naissances. **La génétique humaine donne en effet un sens nouveau au diagnostic prénatal en permettant le "contrôle de qualité" de l'être en devenir...** "Par l'utilisation des méthodes de diagnostic prénatal, on parvient de plus en plus à découvrir certaines déviations légères dont le pronostic est incertain. Il pourrait en résulter une tolérance moins grande à l'égard de toute déviation ou défaut. La situation des handicapés et de leurs parents risque ainsi de se détériorer."[1] La généralisation possible des méthodes de diagnostic prénatal est inquiétante. Les effets secondaires de ces techniques et les problèmes éthiques qu'elles soulèvent suggèrent d'en restreindre le recours. Le Conseil a produit une recherche importante sur ce sujet[2]. Nous nous limitons ici à rappeler les éléments majeurs ainsi que les principales recommandations qui découlent de cette étude.

5.1 La réalité vécue par les femmes

5.1.1 Le diagnostic prénatal : une pratique de plus en plus courante et précoce

Selon l'étude du Conseil, les méthodes de diagnostic prénatal sont largement utilisées, de plus en plus sensibles, et risquent d'être pratiquées de plus en plus tôt au cours de la grossesse. En voici la description :

- **l'échographie** : technique routinière, elle fait partie du suivi normal des grossesses. On note qu'en 1985 chaque femme a eu en moyenne 1,9 échographie[3]. Bien qu'elle ne soit pas perçue comme une technique de diagnostic prénatal, elle en présente toutes les caractéristiques. Ainsi, "elle décèle des anomalies chez le foetus et, en cas de diagnostic positif, elle place les femmes devant des choix concernant la poursuite de la grossesse et la naissance d'un enfant handicapé"[4]. Au moyen d'ultra-sons émis à travers la paroi abdominale, cette technique permet d'obtenir "sur écran, l'image du foetus tel qu'il se présente dans l'utérus. On peut aussi déterminer l'âge et la taille du foetus, voir la position, connaître son sexe"[5]. L'échographie rend également possible la détection d'un certain nombre de malformations anatomiques. L'étude note cependant que son potentiel d'investigation est sous-employé, bien que l'utilisation de cette technique ait presque triplé depuis 1979, passant de 67 846 à 158 222 en 1985[6];
- **l'amniocentèse** : technique récente qui connaît un essor considérable depuis la fin des années 70[7]. "Pratiquée entre la quinzième et la dix-septième semaine de grossesse, elle consiste à prélever dix à vingt ml de liquide amniotique à travers la paroi utérine abdominale. Elle permet, selon l'étude, de détecter trois sortes d'anomalies : des anomalies chromosomiques (dont la trisomie 21), des anomalies génétiques (déficiences affectant un gène unique) et des malformations du tube neural."[8] L'amniocentèse est pratiquée principalement sur les femmes enceintes âgées de 35 ans et plus. L'étude indique que les détections d'anomalies sont presque toujours suivies d'avortements[9];
- **la biopsie chorionique** : issue du génie génétique, cette technique ouvre la voie à un vaste potentiel d'investigation. Fournissant un diagnostic précoce, elle permet, entre la huitième et la dixième semaine, d'obtenir des cellules foetales : on prélève par voie vaginale les villosités du chorion au point de rencontre du cordon ombilical et du placenta. En une ou deux journées, "elle fournit les mêmes informations que l'amniocentèse (excluant le taux d'alfa-protéines) et d'autres informations grâce à un accès au matériel héréditaire de l'embryon (ADN)..."[10]. Cette technique ouvre les portes à la médecine prédictive par la détermination prénatale de certaines maladies qui pourraient se déclarer chez l'individu à l'adolescence ou à l'âge adulte. Le recours à cette technique a donné lieu à une expérimentation dans onze centres hospitaliers du Canada. Cette expérimentation est maintenant terminée et ouvre la voie à une utilisation plus large de la technique.

À la lumière de ces données, on constate l'importance de cette dernière technique, puisqu'elle permet d'obtenir un diagnostic poussé et qu'elle intervient très tôt dans le processus. À ce stade précis de leur grossesse, les femmes sont souvent ambivalentes face à celle-ci et à l'enfant à naître, et risquent de se retrouver placées devant le dilemme de l'avortement sélectif.

5.2 Les préoccupations et les orientations du Conseil

En plus d'énumérer les **effets négatifs de ces techniques sur la santé des femmes**, l'étude du Conseil fait ressortir les **problèmes éthiques et sociaux** qui peuvent découler de l'usage croissant du diagnostic prénatal, dont :

- **l'augmentation du pouvoir médical sur la reproduction;**
- **l'entrave au libre choix des femmes face à l'avortement sélectif;**
- **la normalisation des individus et la définition de plus en plus large de la notion d'handicap;**
- **l'intolérance et l'exclusion sociale des handicapés;**
- **la pratique généralisée du sexage (la pratique de l'amniocentèse en Inde a favorisé l'élimination systématique des filles);**
- **le glissement vers des pratiques eugéniques et l'utilisation des thérapies foetales.**

L'utilisation croissante de ces techniques ouvre en effet la voie aux thérapies foetales, à la médecine prédictive et à la médecine préventive; elle soulève également des questions quant à l'autonomie reproductive des femmes et à leur intégrité physique. Le foetus risque-t-il de devenir un patient? Quels seront ses droits par rapport à ceux de la mère?

Conclusion

Voici enfin les conclusions et les principales recommandations du Conseil en regard du diagnostic prénatal :

- "Quelles que soient les techniques de diagnostic prénatal utilisées pour dépister les anomalies congénitales, aucune n'est exempte de risques pour la santé. L'utilité, les avantages, les effets secondaires de ces techniques et les problèmes moraux qu'elles soulèvent suggèrent d'en **restreindre le recours aux situations où elles sont médicalement requises**.
  Aussi, le Conseil demande-t-il que l'utilisation de l'**échographie** soit limitée aux cas où elle est requise, qu'elle fasse l'objet d'un consentement écrit préalable de la part de la femme enceinte et que ses effets sur les femmes et les enfants fassent l'objet de recherches. En ce qui a trait à l'**amniocentèse**, le Conseil recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux informe les femmes sur les indications, les bénéfices et les dangers de cette technique et que toute décision d'y recourir fasse l'objet d'un consentement écrit et éclairé de la part de la femme concernée."[11] Quant à la **biopsie chorionique**, elle devrait être soumise aux mêmes mesures (information, consentement écrit); de plus, elle devrait faire l'objet d'un suivi particulier quant à la qualité et à la fiabilité des résultats obtenus ainsi qu'à la fréquence des avortements provoqués ou spontanés consécutifs à l'examen et aux motifs invoqués pour l'interruption volontaire de grossesse[12].
- "Le Conseil recommande que toute utilisation de **techniques reconnues de sexage en reproduction humaine artificielle soit interdite** et que toute recherche ayant pour but ou pour effet de permettre la prédétermination du sexe des enfants à naître soit suspendue.
  Une **consultation plus large, non limitée au milieu scientifique et médical**, devrait être effectuée pour élaborer des orientations globales concernant le développement et la pratique du diagnostic prénatal au Québec et **les femmes devraient être associées à la définition de ces orientations**."[13]

NOTES

1. Cité dans le *Rapport au Département fédéral de l'intérieur et au Département fédéral de justice et police*, Commission d'experts pour la génétique humaine et la médecine de la reproduction, Berne, 1988, 148 p., p. 91.
2. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, Lise Dunnigan et Hélène Valentini, *Le diagnostic prénatal : Recherche et recommandations*, 1987, Québec, 145 p.
3. Ibid., p. 36.
4. Ibid., p. 7.
5. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, "Le diagnostic prénatal", dans *Enjeux : quand la technologie transforme la maternité*, Les Publications du Québec, 1987, 38 pages, p. 25.
6. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, Lise Dunnigan et Hélène Valentini, *Le diagnostic prénatal...*, op. cit., p. 35.
7. Ibid., p. 17.
8. Ibid., p. 11.
9. Ibid., p. 17.
10. Ibid., p. 19.
11. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Positions du Conseil du statut de la femme sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine*, avril 1988, 3 p., p. 2-3, texte non publié.
12. Suite à l'expérimentation de la biopsie chorionique, le Conseil a adapté ses recommandations à la nouvelle réalité qui veut qu'on élargisse l'application de cette technique, tout en la réservant aux femmes plus âgées (38 ans et plus) qui en font la demande dans les centres qui disposent des équipements requis.
13. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Positions du Conseil...*, op. cit., p. 2-3.

CHAPITRE 6 : L'orientation de la recherche et des sevices et l'encadrement des pratiques

Le Conseil s'inquiète à juste titre de l'évolution actuelle des nouvelles technologies de la reproduction humaine et du diagnostic prénatal. En l'absence de tout contrôle, il est à craindre que les femmes fassent les frais de cette marche effrénée de la science. Les enjeux sociaux, juridiques et éthiques soulevés par l'utilisation croissante de ces technologies apparaissent trop importants pour les laisser aux seuls experts, qu'ils soient cliniciens ou chercheurs. Comme le soulignait la ministre de la Condition féminine, madame Monique Gagnon-Tremblay, lors du Forum international : "On a déjà dit que la guerre était une chose trop sérieuse pour la confier à des généraux. Les enjeux des nouvelles technologies sont trop cruciaux pour qu'on les laisse dans les seules mains des spécialistes"[1].

En conséquence, le Conseil croit urgent que les **responsables politiques définissent des priorités visant à influencer les orientations tant de la recherche que des services, et posent les gestes nécessaires pour assurer un véritable encadrement des pratiques reliées à ces nouvelles technologies**.

Le Conseil s'estime en mesure d'émettre des recommandations quant aux priorités à établir dans le domaine de la recherche et des services, et quant aux modalités d'encadrement qu'il juge nécessaires.

6.1 Des priorités dans le domaine de la recherche

6.1.1 Les recherches sur l'embryon

Selon les informations dont il dispose, le Comité du ministère de la Santé et des Services sociaux précise qu'aucune "clinique suffisamment avancée pour effectuer de la recherche et de l'expérimentation sur des embryons humains"[2] n'existe actuellement au Québec. Par ailleurs, nous n'avons pu identifier jusqu'ici aucun relevé systématique quant à l'ensemble des projets de recherche présentement menés dans les cliniques et le Conseil estime que, dans un tel contexte, la recherche sur les embryons reste difficile à cerner et à contrôler. Non seulement est-il difficile de connaître la nature des recherches déjà entreprises, mais l'absence de moyens de contrôle adaptés à ce genre de pratique incite à la plus grande prudence. De l'avis du Conseil, **vu le caractère moralement discutable de telles recherches, il est tout à fait justifié d'imposer un moratoire dans le domaine, de dresser un inventaire systématique des recherches en cours, et de soumettre la question à l'organisme consultatif dont le Conseil préconise la création**.

6.1.2 Des champs prioritaires pour la recherche

Tout au long de cet avis, le Conseil a fait valoir la **priorité qu'il accorde à la prévention de l'infertilité des femmes et des hommes**. En conséquence, il souhaite que le ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes subventionnaires (FQRS, FCAR) accordent des **fonds en priorité** aux recherches visant à :

- mesurer l'incidence des différents types d'infertilité dans la population québécoise, particulièrement chez les femmes;
- identifier, dans un but préventif, les différents facteurs susceptibles de causer la stérilité des hommes et des femmes : facteurs liés à l'environnement, au milieu de travail, aux conditions de vie, etc.;
- évaluer l'incidence des maladies transmissibles sexuellement et les facteurs liés à leur accroissement, particulièrement chez les jeunes, dans le but de proposer des méthodes de prévention plus adéquates;
- développer de nouvelles méthodes de contraception "réversibles" et sans effets négatifs sur les facultés reproductives des femmes et des hommes.

De plus, le Conseil souhaite que l'on effectue des recherches afin d'évaluer de façon plus adéquate **l'impact médical, social et psychologique** engendré par l'utilisation des nouvelles technologies de la reproduction humaine.

6.2 Des priorités dans le domaine des services

Les thèmes du **financement et de l'encadrement** des pratiques se révèlent d'autant plus importants qu'ils engagent directement les responsabilités de l'État à la fois comme législateur et comme bailleur de fonds, les fonds publics défrayant la quasi-totalité des actes médicaux via l'assurance-maladie.

6.2.1 Prévenir et guérir l'infertilité : une priorité

Les positions défendues par le Conseil sur ces deux questions sont en harmonie avec celles qu'il a déjà prises quant à l'accessibilité, aux restrictions et aux contrôles nécessaires en regard de la procréatique. Le Conseil considère notamment que la fécondation in vitro constitue encore une pratique expérimentale qui hypothèque lourdement le corps des femmes. Les recommandations relatives au financement et à l'encadrement des pratiques tiennent compte de ces limites importantes.

Dans une optique de prévention, il faut intervenir d'abord sur les causes de la stérilité : les infections pelviennes et la prévalence des maladies transmissibles sexuellement; il faut également signaler les effets à long terme des méthodes de contraception dures (contraceptifs oraux et stérilets qui semblent allonger les délais moyens de conception). Les nouvelles technologies de la reproduction sont une réponse à une situation qu'on ne tente pas suffisamment d'améliorer. Il faut également soulever le problème de la stérilisation volontaire.

Tout en limitant le recours aux NTR, il faudrait favoriser le développement et l'accès à des méthodes de contraception légères, efficaces et réversibles mieux adaptées aux besoins des femmes.

Dans ses réflexions, le Conseil du statut de la femme émet une distinction claire entre les services destinés à prévenir et guérir la stérilité, et ceux visant à pallier la stérilité.

Les ressources de l'État étant limitées, il est donc essentiel d'investir en premier lieu dans les services destinés à diagnostiquer, à prévenir et à guérir la stérilité. Dans la perspective de services "médicalement requis" (Loi sur l'assurance-maladie), les nouvelles technologies de la reproduction demeurent, selon nous, un service palliatif devant être soutenu après les services préventifs et curatifs.

En conséquence, le Conseil recommande que le gouvernement québécois accorde en priorité des fonds destinés à prévenir l'infertilité des femmes, par la mise sur pied notamment de programmes de prévention en regard des maladies transmissibles sexuellement et ce, dans toutes les régions du Québec.

6.2.2 Des priorités en matière de financement

Vu le caractère expérimental du traitement, nous croyons que l'accès aux services de fécondation in vitro doit demeurer restreint. Nous considérons également qu'il s'agit d'un traitement palliatif de dernier recours ne visant pas à traiter la stérilité, mais à obtenir une grossesse. Compte tenu des responsabilités de l'État en matière de santé (voir la Loi sur l'assurance-maladie : les actes médicalement requis), nous croyons prudent de limiter le financement public aux actes médicaux déjà reconnus par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, soit les laparoscopies, les échographies ainsi que le suivi et les consultations médicales requises. Dans l'état actuel de la pratique, nous estimons que les coûts relatifs aux médicaments (traitements hormonaux), aux examens de laboratoire et aux autres frais afférents (séjour près de l'hôpital) doivent être assumés par les couples bénéficiaires de la technique. Sans remettre en question l'accès à certains services gratuits, il nous apparaît impossible à l'heure actuelle de recommander un élargissement du financement public et la couverture d'actes non prévus par la RAMQ : frais de laboratoire, de médicaments, de séjour, etc.

Le Conseil recommande donc le statu quo en matière de financement des services d'infertilité.

6.3 Un encadrement nécessaire

6.3.1 Un encadrement des pratiques

À l'heure actuelle, il n'y a aucun encadrement des pratiques ou des services offerts dans le domaine de la reproduction artificielle. L'analyse qu'il fait de la situation amène le Conseil à demander que des mesures d'encadrement satisfaisantes soient instaurées, dans le but d'assurer la qualité des services et l'information nécessaire permettant de garantir l'autonomie et l'intégrité physique des femmes. **Il faudra définir des modalités de reconnaissance et d'accréditation de centres spécialisés** en s'assurant que les dispositions suivantes seront respectées :

- établir et préciser des normes pour que chaque centre puisse recueillir l'information et **faire rapport annuellement** sur le nombre de femmes traitées, la nature des traitements, le suivi et le nombre de naissances, le taux de succès, le nombre de grossesses, le nombre d'avortements sélectifs, de grossesses ectopiques, de naissances multiples, de malformations, etc.;
- s'assurer que le centre rende cette **information publique** auprès de sa clientèle;
- établir des modalités pour la mise sur pied de **banques d'information médicale et sociale concernant les donneurs de gamètes**, et établir un mode de conservation des données ainsi que des mécanismes de consultation.

Pour assurer cet encadrement nécessaire de la pratique, le Conseil propose **qu'un comité ad hoc précise les normes d'encadrement et d'accréditation auxquelles devraient se conformer les centres spécialisés; la durée du mandat de ce comité serait court et il devrait donner lieu à l'établissement d'une grille d'évaluation et de suivi quant aux conditions entourant la pratique dans le domaine des nouvelles technologies de la reproduction. Ce comité devrait être multidisciplinaire et comprendre des représentant-e-s du milieu des sciences humaines et sociales, du milieu juridique et du milieu de recherche féministe ainsi que des représentant-e-s du milieu médical n'ayant pas d'intérêt direct dans la pratique. Ces normes devraient être édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et permettre l'agrément ou la reconnaissance des cliniques. Un suivi et une évaluation périodique seraient également nécessaires.** Il apparaît essentiel de limiter également le nombre de centres qui recevront cette accréditation.

6.3.2 Création d'un organisme consultatif

De plus, considérant que l'évolution fulgurante des nouvelles technologies de la reproduction humaine et du diagnostic prénatal suscite de multiples interrogations d'ordre éthique et social et qu'un encadrement ferme et éclairé s'impose, **le Conseil propose la création d'un organisme consultatif à forte teneur éthique.** Cet organisme serait investi de responsabilités assez larges afin de ne pas multiplier les structures. Il aurait le mandat :

- de **conseiller le gouvernement** sur les questions importantes reliées à la procréatique et à la gestion qualitative des naissances, mais également sur les questions plus larges concernant la vie et la mort (eugénisme, euthanasie, dons d'organes, stérilisation, manipulations génétiques...);
- d' **informer le plus large public** possible sur ces questions. Ce Conseil devrait être représentatif de la société, muni d'une grande crédibilité et faire preuve d'indépendance d'esprit. Nous proposons une structure légère composée de sept représentant-e-s de la société provenant de différents milieux;
- **d'évaluer globalement les services** offerts en ayant accès aux rapports annuels produits par les centres accrédités.

Sa composition serait la suivante : un ou une clinicien-ne chercheur-euse, un praticien ou une praticienne en milieu communautaire, deux spécialistes du domaine social et éthique, un ou une spécialiste des questions juridiques et deux représentant-e-s de groupes sociaux dont au moins une personne provenant des groupes de femmes concernés par cette question. **Nous croyons essentiel que cet organisme soit constitué non pas d'experts, mais de représentant-e-s de la société particulièrement crédibles et informés des questions sociales, éthiques et juridiques soulevées par les nouveaux développements scientifiques. La voix des femmes devra également y être fortement représentée.**

En vertu de son mandat d'évaluation, d'information et de conseil, **il exercerait notamment les fonctions suivantes** :

- dans le cadre des nouvelles technologies de la reproduction :
  - émettre des avis d'ordre éthique et conseiller le gouvernement sur toute question relative à la procréation artificielle, dons de gamètes, réduction embryonnaire, disposition des embryons surnuméraires existant dans certaines cliniques, etc.;
  - s'assurer que l'information relative aux conditions entourant la pratique des nouvelles technologies de la reproduction lui soit disponible et soit diffusée auprès d'un large public : taux de succès, caractéristiques des clientèles, nombre de femmes traitées, nature des traitements, suivi du nombre des naissances, rapport annuel de la clinique, etc.;

- établir un suivi des protocoles de recherche effectués à l'intérieur des hôpitaux dans le domaine des nouvelles technologies de la reproduction : s'assurer que les techniques expérimentales soient soumises à une approbation avant leur généralisation (ainsi qu'il en est déjà pour les médicaments);

- et dans un cadre plus large :
  - s'assurer que des recherches soient effectuées dans le but de suivre l'évolution des pratiques relatives à toutes les questions liées à la vie et à la mort, et que soit évalué l'impact médical, social et éthique de ces pratiques en vue de prendre de nouvelles dispositions, si nécessaire;
  - conseiller le gouvernement sur toute question relative à la vie, à la mort (eugénisme, euthanasie, dons d'organes, stérilisation, manipulations génétiques...) et formuler des avis susceptibles de faire progresser la réflexion éthique dans la société.

6.3.3 *Pertinence d'une loi-cadre*

Enfin, le ministère de la Justice devrait analyser l'opportunité d'adopter une **loi-cadre sur les nouvelles technologies de la reproduction. Cette loi aurait pour but d'établir les balises nécessaires pour encadrer la pratique et le développement des NTR**. Dans cette perspective, le ministère de la Justice devrait étudier les législations existantes dans les différents pays. À cet effet, le Conseil retient la **législation qui sera soumise au Parlement finlandais** comme particulièrement intéressante puisqu'elle prévoit un ensemble de dispositions analogues à celles qu'il propose dans cet avis. La législation projetée prévoit notamment les éléments suivants[3] :

- **l'interdiction des contrats de grossesse;**
- **l'exigence d'un permis pour la pratique de la procréation artificielle;**
- **l'accès limité des techniques de procréation artificielle aux couples hétérosexuels ne pouvant avoir d'enfants par d'autres moyens ou ayant une maladie héréditaire grave;**
- **la nécessité d'assumer les conditions optimales pour le développement et l'éducation de l'enfant;**
- **la reconnaissance de paternité;**
- **l'accord nécessaire du couple et la limitation de la fécondation in vitro aux gamètes du couple;**
- **le consentement exigé de la part du donneur de sperme;**
- **le droit des enfants issus de cette technique de connaître leurs origines;**
- **le contrôle du stockage des embryons et des gamètes ainsi que de la recherche sur les embryons.**

NOTES

1. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Sortir la maternité du laboratoire - Actes du forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction*, 1988, 423 p., p. 333.

2. *Rapport du Comité de travail sur les nouvelles technologies de la reproduction*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1988, 120 pages, p. 71.

3. *Proposal for legislation on the techniques of human artificial procreation*, Working group of the Ministry of Justice, Helsinki, Finlande, juillet 1988, 3 p., texte non publié.

Conclusion et recommandations

Des enjeux sociaux majeurs

Les pratiques que nous avons analysées constituent la première étape d'une importante révolution biologique. De l'avis du Conseil, **la vigilance est de rigueur**. Le scientifique Joël de Rosnay compare cette révolution biologique à celle survenue dans le domaine de la physique, il y a vingt ou trente ans, avec la découverte de l'énergie atomique. Faisant appel à un surcroît de vigilance, à "un supplément d'âme", il affirme qu'il faut de toute urgence, établir un dialogue sur les aspects fondamentaux, stratégiques, éthiques et philosophiques de la recherche en biologie. Pour la première fois, dit-il, l'homme devient "l'ingénieur de l'homme", ce pouvoir est aussi grand que celui qu'a procuré à l'homme la découverte de l'énergie de la matière. "Il faut que nous réfléchissions à ce que nous sommes en train de faire".[1] Le Conseil du statut de la femme considère que les femmes sont les premières concernées par ces questions urgentes et qu'elles doivent prendre part aux débats, les enjeux des nouvelles technologies ne devant pas être confinés dans le secret des laboratoires.

Des enjeux politiques importants

Le Conseil presse le gouvernement d'agir en adoptant les mesures législatives et administratives qui s'imposent afin d'assurer des conditions aptes à garantir l'intégrité physique des femmes et leur autonomie reproductive, ainsi que l'identité des enfants issus des techniques de procréation assistée.

Recommandations

Certaines recommandations générales s'adressent au gouvernement et relèvent des diverses responsabilités ministérielles. De l'avis du Conseil, ces recommandations devraient être réalisées en priorité parce qu'elles constituent les assises d'une politique d'ensemble en la matière. D'autres concernent les différentes conditions et les normes entourant les pratiques reliées aux nouvelles technologies de la reproduction et réfèrent à chacun des grands thèmes analysés dans ce rapport.

Voici donc, en terminant, quelles sont les principales recommandations du Conseil.

1. En regard de l'infertilité :

priorité à la prévention et au traitement de l'infertilité

Le Conseil recommande :

1.1 que le MSSS, en collaboration avec les organismes concernés, accorde priorité à la prévention et au traitement des maladies transmissibles sexuellement, en particulier de la chlamydia, auprès des jeunes, notamment :
- qu'il révise les programmes existants et les améliore de façon à les rendre plus efficaces;
- qu'il investisse davantage dans la prévention et le traitement des MTS : gratuité des médicaments et des services;
- qu'il assure des services adéquats dans toutes les régions du Québec;
- qu'il mène des campanes d'information et d'éducation, en particulier pour les clientèles à risque;

1.2 que le MSSS et les organismes responsables sensibilisent le corps médical ainsi que les femmes et les hommes aux **conséquences d'un recours à la stérilisation** (ligature des trompes, vasectomie...) et à l'utilisation de **méthodes de contraception dures** (stérilet, pilule...);

1.3 que le MSSS et les organismes subventionnaires favorisent la **recherche** sur le développement de **méthodes de contraception légères et réversibles**;

1.4 que les ministères concernés et les organismes subventionnaires financent la **recherche sur les causes et le traitement de l'infertilité** masculine et féminine (environnement, milieu de travail, conditions de vie...);

1.5 que le MSSS prenne les mesures nécessaires pour que les cliniques d'infertilité :
- informent adéquatement les femmes et les couples sur le traitement de l'infertilité et les effets des médicaments;
- accordent aux femmes et aux couples un véritable support et un encadrement psychosocial;
- portent à deux ans le délai de non-conception exigé pour l'admission des couples infertiles;

1.6 que les organismes concernés développent des réponses alternatives au désir d'enfants des couples infertiles et fassent des recherches à cet effet.

1. Entrevue de Joël de Rosnay donnée au Devoir, lundi le 30 janvier 1989, "Les progrès de la biologie exigent un surcroît de vigilance".

2. En regard de l'insémination artificielle :

priorité à l'information, à la protection de l'intégrité physique de la femme et à la sécurité des enfants à naître

Le Conseil recommande :

2.1 de **limiter l'accès à l'insémination artificielle avec donneur** aux couples ayant un problème d'infertilité démontré (excluant l'infertilité idiopathique) ou présentant un risque élevé de transmission de maladies héréditaires graves;

2.2 de limiter la pratique à des **centres spécialisés** publics ou privés assujettis aux mêmes réglementations;

2.3 de **sélectionner les donneurs** sur la base de critères médicaux et à l'aide d'un entretien clinique pour leur permettre de prendre conscience de l'importance de leur geste;

2.4 de respecter les **normes suivantes** :
- obtenir le consentement écrit du couple;
- aucune rémunération au donneur;
- limiter le nombre d'utilisation d'un même donneur (dix utilisations ou deux naissances);

2.5 d'**informer les couples** sur les techniques et les médicaments utilisés et sur les véritables taux de succès (nombre de femmes donnant naissance à un enfant vivant/nombre de femmes inséminées au cours d'un cycle);

2.6 d'interdire toute pratique de sexage de convenance, sauf s'il y a risque de transmission de maladies héréditaires graves liées au sexe;

2.7 de prendre les mesures nécessaires pour assurer la **prévention de la transmission du sida** :
- congélation du sperme;
- réplication des tests;

2.8 de respecter les conditions nécessaires à la **levée de l'anonymat** dans le cas de l'insémination artificielle avec donneur : bannir le mélange de sperme et colliger les données médicales et non médicales nécessaires;

2.9 de **donner accès, sur demande, aux données médicales et non médicales** nominatives à l'enfant à sa majorité, et accès aux données médicales non nominatives aux parents ainsi qu'à l'enfant qui aura atteint 14 ans.

3. En regard de la fécondation in vitro :

priorité : restreindre cette pratique en raison des dangers qu'elle présente pour la santé des femmes et des nombreux inconnus qui persistent en regard de l'impact des techniques utilisées, des effets de la stimulation hormonale et des problèmes éthiques soulevés par la création d'embryons surnuméraires

Le Conseil recommande :

3.1 que la fécondation in vitro soit considérée comme une technique de dernier recours et soit réservée aux **couples dont la femme a un problème d'infertilité démontré** dans le cadre d'un **projet d'enfant** et d'un **projet de couple**, et que soit exclu le don d'ovules;

3.2 que les cliniques d'infertilité **informent les couples** au sujet des techniques et des médicaments utilisés, de leurs effets, des véritables taux de succès de la clinique (nombre de femmes donnant naissance à un enfant vivant/nombre de femmes soumises à la stimulation hormonale) ainsi que des autres données incluses dans leur rapport annuel;

3.3 que les cliniques d'infertilité colligent l'information devant être incluse dans le rapport annuel, notamment sur les techniques et les médicaments utilisés, les caractéristiques de leur clientèle (type d'infertilité, âge, etc.), les taux de succès, le nombre de grossesses menées à terme, de grossesses multiples, de grossesses ectopiques, le nombre d'avortements spontanés, d'avortements sélectifs, de naissances par césarienne, de malformations, etc.;

3.4 que la fécondation in vitro soit considérée comme une pratique à caractère expérimental et en conséquence qu'elle soit l'objet d'une information adéquate des femmes, d'un contrôle et d'un suivi systématique afin d'évaluer :
- les effets secondaires de la médication utilisée pour la stimulation hormonale;
- l'impact physiologique des interventions nécessaires au prélèvement des ovules (laparoscopie, échographie...);
- les conséquences de l'implantation des embryons sur la grossesse (grossesses multiples, réduction embryonnaire, grossesses ectopiques, fausses couches...) et sur l'accouchement (césariennes, naissances gémellaires...);

3.5 que le MSSS fasse état des données existantes et veille à ce que des recherches soient effectuées sur les effets à court, moyen et long terme de la **stimulation hormonale** en vue de documenter cette question et d'en informer le public et les utilisatrices;

3.6 attendu que le Conseil a de fortes réserves en regard de la stimulation hormonale et de l'implantation de plusieurs embryons, il recommande :
- que l'on améliore l'efficacité des procédés dans le but de maximiser les possibilités d'implantation d'un seul embryon éliminant ainsi le recours à la stimulation hormonale;
- que, dans l'intervalle, on limite la pratique actuelle à la fécondation de trois ovules menant à l'implantation de trois embryons afin d'éliminer la création d'embryons surnuméraires;

3.7 de confier à l'organisme consultatif (constitué conformément à la recommandation 6.5) l'étude des questions reliées aux dons de gamètes, aux possibilités de grossesses multiples, à la réduction embryonnaire et à la disposition des embryons surnuméraires existant déjà dans certaines cliniques.

4. En regard des contrats de grossesses :

priorité : empêcher les contrats de grossesse et mettre un frein à leur commercialisation

Le Conseil recommande :

4.1 que la Loi sur la protection de la jeunesse (article 135.1), qui prévoit des sanctions pour **toute personne** qui tente de tirer avantage du placement ou de l'adoption d'enfant, soit modifiée pour la rendre applicable aux contrats de grossesse, empêchant ainsi leur commercialisation;

4.2 que la publication d'annonces sollicitant des candidates pour les contrats de grossesse soit interdite.

5. En regard du diagnostic prénatal :

priorité : en raison des effets sur la santé des femmes et sur le foetus ainsi que des dangers de sélection eugénique, il convient de limiter l'utilisation des diverses techniques

Le Conseil recommande :

5.1 **de limiter le recours** aux techniques de **diagnostic prénatal** aux situations où elles sont médicalement requises; de plus,

- **en ce qui concerne l'échographie** :
  - exiger le consentement écrit de la femme;
  - mener des études sur les effets de l'échographie sur la femme et le foetus;
- **en ce qui concerne l'amniocentèse** :
  - informer les femmes sur les indications, les bénéfices et les dangers de cette technique;
  - exiger un consentement écrit de la femme;
- **en ce qui concerne la biopsie chorionique** :
  - informer les femmes sur les indications, les bénéfices et les dangers de cette technique;
  - exiger un consentement écrit de la femme;
  - assurer un suivi particulier pour évaluer la fiabilité et la qualité des résultats obtenus ainsi que le nombre d'avortements spontanés ou provoqués consécutifs à l'examen de même que la nature des motifs ou des diagnostics invoqués pour les interruptions volontaires de grossesse qui en découlent;

5.2 d'interdire toute **technique reconnue de sexage** en reproduction artificielle ainsi que toute recherche ayant pour but ou pour effet de permettre la prédétermination du sexe des enfants à naître;

5.3 d'effectuer une **consultation plus large**, non limitée au milieu scientifique et médical, sur le développement et la pratique du diagnostic prénatal au Québec et y **associer les femmes**.

6. En regard de l'encadrement et de l'orientation de la recherche et des services :

priorité : un encadrement ferme est proposé et des orientations prioritaires de prévention et de traitement de l'infertilité (voir 1) commandent de limiter les services visant à pallier l'infertilité

Le Conseil recommande :

6.1 que le ministère de la Santé et des Services sociaux crée un **comité ad hoc** qui aurait pour mandat d'établir les **normes d'accréditation** auxquelles devraient se conformer les **centres spécialisés** et de définir les **mécanismes d'évaluation, de suivi et de contrôle** des conditions entourant la pratique des nouvelles technologies de la reproduction humaine : critères de sélection des clientèles, techniques utilisées, etc.; ce comité **multidisciplinaire** serait formé de représentant-e-s du milieu des sciences humaines et sociales, du milieu juridique et du milieu de recherche féministe ainsi que des représentant-e-s du milieu médical n'ayant pas d'intérêt direct dans la pratique de la procréation artificielle;

6.2 de restreindre la pratique de la procréation artificielle aux centres dûment reconnus ou accrédités; de limiter le nombre de ces centres en accordant priorité au traitement de l'infertilité; de ne pas dépasser le nombre actuel de centres (5) pratiquant la fécondation in vitro et d'exiger qu'ils se conforment aux exigences : protocole expérimental (3.4), limites quant au nombre d'embryons (3.6);

6.3 de maintenir le **"statu quo"** concernant le **financement** des **services d'infertilité** et des actes médicaux qui y sont reliés;

6.4 de décréter un moratoire concernant les **recherches sur les embryons**; de faire l'inventaire systématique des recherches en cours et de soumettre cette question à l'organisme consultatif dont le Conseil préconise la création;

6.5 que le Gouvernement du Québec crée un **organisme consultatif à forte teneur éthique** qui aurait pour mandat **de le conseiller sur les questions importantes reliées à la procréatique** et à la gestion qualitative des naissances, **d'évaluer l'état des pratiques** et de la recherche sur les NTR et d'**informer le plus large public possible**; son mandat s'étendrait également aux questions plus vastes concernant la vie et la mort (eugénisme, manipulations génétiques, euthanasie, dons d'organes...); cet organisme serait composé de membres représentatifs de la société, particulièrement crédibles et informés des questions éthiques, sociales et juridiques soulevées par les nouveaux développements scientifiques. La voix des femmes devrait y être fortement représentée;

6.6 que le ministère de la Justice étudie l'opportunité d'adopter une loi-cadre sur les NTR en s'inspirant des expériences et des législations étrangères.

Les publications du Conseil du statut de la femme sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine 1985-1988

Les rapports de recherche

1. *Nouvelles technologies de la reproduction : Questions soulevées dans la littérature générale* de Fernande Rousseau et Pierre R. Desrosiers, CSF, Québec, septembre 1985, 78 p.
   Aperçu descriptif des nouvelles technologies de la reproduction, de leur application et des questions qu'elles soulèvent. (285-09-R)

2. *Nouvelles technologies de la reproduction : Pratiques cliniques et expérimentales au Québec* de André Jean, CSF, Québec, janvier 1986, 98 p.
   Description de la situation de la recherche et de la pratique au Québec dans le domaine de la procréatique. (286-01-R)

3. *Nouvelles technologies de la reproduction : Analyses et questionnements féministes* de Lise Dunnigan et Louise Barnard, CSF, Québec, mars 1986, 161 p.
   Synthèse des points de vue exprimés par les féministes sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine. (286-03-R.2)

4. *Nouvelles technologies de la reproduction : Étude des principales législations et recommandations* de Marie Choquette, CSF, Québec, mars 1986, 94 p.
   Inventaire des mesures législatives en vigueur dans les différents pays en regard des nouvelles technologies de la reproduction humaine. (286-03-R.1)

5. *Portrait statistique des couples qui ont recours à l'assistance médicale pour résoudre un problème d'infertilité* de Céline Perron, CSF, Québec, avril 1986, 55 p.
   Étude quantitative sur la fréquentation des services d'infertilité des établissements de santé au Québec. (286-01-R.2)

6. *Les enfants que je veux... si je peux...* de Françoise-Romaine Ouellette, CSF, Québec, janvier 1987, 184 p.
   Étude qualitative faite auprès de 32 femmes infertiles sous assistance médicale en prévision d'une grossesse. (287-01-R)

7. *Le diagnostic prénatal : Recherche et recommandations* de Lise Dunnigan et Hélène Valentini, CSF, Québec, avril 1987, 145 p.
   Analyse des techniques de diagnostic prénatal en vigueur au Québec, de leurs effets sur la santé des femmes et du foetus et de leur impact psychologique et social, et recommandations visant à en limiter le recours. (287-08-A)

On peut obtenir gratuitement ces rapports de recherche sur demande au :

Conseil du statut de la femme
8, rue Cook, bureau 300
3e étage
Québec (Québec)
G1R 5J7

Les documents d'information

1. *Enjeux; Quand la technologie transforme la maternité*, rédactrice : Francine Gagnon, CSF, Québec, 1987, 40 p. (3,95 $)
   Synthèse attrayante et vulgarisation des sept recherches produites par le CSF; outil d'information et de vulgarisation, ce document présente la description des méthodes de reproduction artificielle et de diagnostic prénatal, les questions d'ordre moral, éthique et juridique qu'elles soulèvent, des témoignages de femmes infertiles, l'analyse féministe et les enjeux suscités ainsi que la pratique actuelle au Québec.

2. *Sortir la maternité du laboratoire : Actes du forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction*, CSF, Québec, 1988, 423 p. (10,00 $)
   Contenu intégral des 40 communications données par les spécialistes internationaux participant au Forum tenu par le CSF à Montréal en octobre 1987; synthèse des débats tenus dans les huit ateliers et au cours des conférences d'ouverture et de fermeture.
   On peut obtenir ces documents d'information sur commande à l'adresse suivante :
   Forum international NTR
   8, rue Cook, bureau 300
   3e étage
   Québec (Québec)
   G1R 5J7

Note : chèque à l'ordre de **Forum international NTR**.

Les productions audiovisuelles

1. *Au clair de l'ovule*, vidéo d'une durée de 52 minutes réalisée en collaboration par le CSF et le ministère des Communications, disponible en vidéocassette U-Matic, BETA et VHS, 1987.
   Instrument de sensibilisation sur l'impact des nouvelles technologies de la reproduction analysé du point de vue des femmes : fécondation in vitro, insémination artificielle avec donneur et maternité de substitution; analyse des problèmes soulevés par le recours à ces technologies : anonymat des donneurs de sperme, validité des contrats de grossesse, statut des embryons, banques de sperme, d'ovules, manipulations génétiques, possibilités d'eugénisme.

2. *Alerte à la procréatique*, vidéo d'une durée de 57 minutes réalisée en collaboration par le CSF et le ministère des Communications, disponible en vidéocassette U-Matic, BETA et VHS, 1988.Résumé des moments les plus percutants du Forum international organisé par le CSF; elle traite de l'expérimentation sur le corps des femmes et de l'intérêt réel des chercheurs en ce domaine; entrevues exclusives et inédites avec les spécialistes internationaux présents au Forum.

3. *La procréatique en question*, série de douze vidéos produites en collaboration par le CSF et le ministère des Communications, disponibles en vidéocassettes U-Matic, BETA et VHS, 1988. Douze entrevues exclusives et inédites avec des personnalités de la santé, du droit et de l'éducation provenant du Québec, de la Suisse, de l'Angleterre, de l'Australie et des États-Unis.

Ces productions peuvent être obtenues aux adresses suivantes :

PRÊT

VIDÉOTHÈQUE
Service de la diffusion audiovisuelle
Ministère des Communications
Édifice Cyrille-Duquet
1500-D, boul. Charest O., RC
Ste-Foy (Québec)
G1N 2E5
(418) 643-5169

VENTE

LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC
Case postale 1005
Québec (Québec)
G1K 7B5
(418) 643-5150
(sans frais) 1-800-463-2100

Les avis du Conseil

1. *Le diagnostic prénatal : Recherche et recommandations* de Lise Dunnigan et Hélène Valentini, CSF, Québec, avril 1987, 145 p.

2. *Mémoire portant sur le droit de connaître leurs origines pour les enfants adoptés ou conçus au moyen d'une technique de procréation assistée* de Marie Rinfret, Jocelyne Olivier et Francine Gagnon, CSF, Québec, mai 1987, 25 p.

3. *Les grossesses sous contrat* de Marie Rinfret; avis soumis à la ministre de la Condition féminine, CSF, Québec, juin 1987, 6 p.

4. *Opinion-synthèse* de Francine C. McKenzie, en marge du rapport du Comité interministériel sur les NTR, CSF, Québec, 18 avril 1988, 3 p.

Ces avis peuvent être obtenus gratuitement sur demande au :

Conseil du statut de la femme
8, rue Cook, bureau 300
3e étage
Québec (Québec)
G1R 5J7